

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LARISSA GRAMAZIO SOARES

VIVÊNCIA DA FAMÍLIA NA TRANSIÇÃO ECOLÓGICA DO PREMATURO DA UTIN
AO DOMICÍLIO, COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

CURITIBA

2020

LARISSA GRAMAZIO SOARES

VIVÊNCIA DA FAMÍLIA NA TRANSIÇÃO ECOLÓGICA DO PREMATURO DA UTIN
AO DOMICÍLIO, COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem, no Curso Pós-Graduação em Enfermagem - Doutorado Acadêmico em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa.Dra.Verônica de Azevedo Mazza.
Coorientadora: Profa. Dra.Vanessa Bertoglio
Comasseto Antunes de Oliveira.

CURITIBA

2020

Soares, Larissa Gramazio

Vivência da família na transição ecológica do prematuro da UTIN ao domicílio, com vistas ao desenvolvimento infantil [recurso eletrônico] / Larissa Gramazio Soares – Curitiba, 2020.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2020. Orientadora: Profa. Dra. Verônica de Azevedo Mazza

Coorientadora: Profa. Dra. Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira

1. Desenvolvimento Infantil. 2. Família. 3. Recém-Nascido Prematuro. 4. Enfermagem. I. Mazza, Verônica de Azevedo. II. Oliveira, Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 612.652



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **LARISSA GRAMAZIO SOARES** intitulada: **VIVÊNCIA DAS FAMÍLIAS NA TRANSIÇÃO ECOLÓGICA DO PREMATURO DA UTIN AO DOMICÍLIO, COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**, sob orientação da Profa. Dra. VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 15 de Abril de 2020.

Assinatura Eletrônica

15/04/2020 14:47:57.0

VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

15/04/2020 10:37:45.0

MARIA DE LA O RAMALLO VERISSIMO
Avaliador Externo (ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO)

Assinatura Eletrônica

15/04/2020 10:49:17.0

SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

17/04/2020 08:53:20.0

JUDITH LAPIERRE
Avaliador Externo (UNIVERSITÉ LAVAL)

Assinatura Eletrônica

15/04/2020 10:39:21.0

LUCIANE FAVERO BASEGIO
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE POSITIVO)

*Dedico este trabalho aos bebês prematuros e suas famílias que diariamente lutam pela vida,
superando obstáculos e mostrando sua força.*

AGRADECIMENTOS

Ao longo desses quatro anos de doutorado, muitas foram as pessoas que estiveram comigo, contribuindo de maneira única e essencial, incentivando-me, acompanhando-me e compartilhando saberes. Ao final dessa jornada, torna-se difícil traduzir em palavras a gratidão que sinto por todos, mas também seria injusto deixar de citá-las.

A **Deus**, agradeço o amparo e proteção ao sustentar a minha vida e trajetória profissional.

À minha orientadora **Professora Doutora Verônica de Azevedo Mazza**, agradeço a maneira criteriosa que me conduziu no desenvolvimento desta pesquisa. Agradeço por ter tido o privilégio de conviver contigo durante esses anos, representa meu exemplo de professora, pesquisadora e enfermeira. Minha sincera admiração!

À minha coorientadora **Professora Doutora Vanessa Bertoglio Comasseto Antunes de Oliveira**, agradeço pela dedicação, incentivo e principalmente pela amizade durante todo o desenvolvimento deste estudo.

Aos meus amados pais **Lineu e Célia**, agradeço o apoio incondicional durante todo processo, representam minha segurança emocional. Sem vocês, não seria possível chegar até aqui.

Ao meu marido **Raphael**, agradeço o companheirismo e por me amparar nos momentos difíceis desta jornada. O seu apoio e incentivo foram essenciais para realização deste sonho.

Agradeço à minha filha **Martina**, desejada e sonhada por mim desde muito antes mesmo de existir. Seus “chutinhos” dentro do meu ventre foram o combustível que faltava nessa reta final. Te amo incondicionalmente, minha menina!

À minha irmã **Letícia**, agradeço por sempre me ouvir e me incentivar pessoal e profissionalmente. Obrigada também pela parceria nas publicações.

À **banca examinadora**, agradeço o tempo disponibilizado nas contribuições para qualificação deste estudo.

Às **famílias** que participaram deste estudo, agradeço a grande contribuição, sem a qual não seria possível a concretização deste trabalho.

A todos os membros do **Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento (GEFASSED)**, agradeço o conhecimento compartilhado e contribuições que realizaram para este trabalho.

Ao **Programa de Pós Graduação em Enfermagem** (PPGENF- UFPR), agradeço a dedicação à formação e oportunidade de qualificação.

À **CAPES**(Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), agradeço o apoio financeiro.

RESUMO

Introdução: É crescente o número de nascimentos prematuros no mundo, sendo importante considerar o impacto desse acontecimento sobre a criança e sua família. Assim, a prematuridade configura-se como uma condição de vulnerabilidade para o desenvolvimento infantil. Além disso, a família do prematuro vivencia sentimentos de insegurança, estresse e angústia desde o nascimento, que ficam exacerbados no momento da transição da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para o domicílio. **Objetivo:** Descrever a vivência da família na transição ecológica do prematuro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ao domicílio, com vistas ao desenvolvimento infantil. **Método:** Trata-se de um estudo de casos múltiplos embasado no referencial metodológico de Yin, realizado junto a 9 famílias, constituído por 15 familiares em dois hospitais em um município do Estado do Paraná, e depois dada continuidade no domicílio. A coleta de evidências ocorreu entre abril de 2018 a janeiro de 2019; utilizou-se o método de inserção ecológica em que foram realizadas entrevistas, genograma, ecomapa, notas metodológicas e dados da carteira de saúde da criança. Para a organização dos dados, utilizou-se o software MAXQDA®. Os dados foram analisados segundo combinação de padrão e síntese de casos cruzados, à luz dos marcos teóricos conceituais do Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner e das necessidades essenciais das crianças de Brazelton e Greenspan. **Resultados:** Foi elaborado a proposição de uma matriz conceitual para análise do desenvolvimento infantil de prematuros diante das necessidades essenciais. Assim, compreende-se que a prematuridade afeta a família a partir das características pessoais e demandas de cuidado ao prematuro, modificando as expectativas, interações e vínculos estabelecidos. A descontinuidade dos processos proximais no contexto neonatal e a continuidade dos processos proximais em casa geram tensão, ansiedade, incerteza e expectativa, implicando maior necessidade de apoio da família e atenção dos profissionais de saúde. O microsistema familiar é considerado como determinante para garantir que as necessidades irreduzíveis do prematuro sejam atendidas com qualidade. Portanto, é preciso incluir de fato a família como partícipe das ações de saúde em todos os níveis assistenciais, com vistas ao desenvolvimento de autonomia, responsabilidade e confiança da família, e seu adequado engajamento em atividades e papéis decorrentes das interações com os demais contextos. O tempo inclui eventos não esperados relacionados à prematuridade, gera mudanças no curso de vida familiar, a partir do momento que é afastado o risco de perda devido melhora do quadro clínico do prematuro, a concretização em ser pai e mãe torna-se mais pautável, os familiares refazem planos futuros, com oportunidade para novos aprendizados a fim de favorecer o desenvolvimento do filho. **Conclusões:** Confirma-se, portanto, a tese de que a compreensão da vivência da família na transição ecológica de crianças prematuras, egressas de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo o modelo bioecológico, assim, pode direcionar o cuidado de enfermagem para fortalecer as famílias na promoção do desenvolvimento infantil. Além disso, o instrumento analítico elaborado pode subsidiar equipes de saúde a propor ações de intervenção específicas a esse contingente populacional, além da articulação de políticas públicas para primeira infância, sobretudo das que apresentam maior vulnerabilidade.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil; Família; Recém-nascido prematuro; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The number of premature births in the world is increasing, and it is important to consider the impact of this event on the child and his family. Thus, prematurity is a condition of vulnerability for child development. In addition, the preterm's family experiences feelings of insecurity, stress and anguish since birth, which are exacerbated when the Neonatal Intensive Care Unit transitions to the home. **Objective:** To describe the family's experience in the ecological transition of the premature infant from the Neonatal Intensive Care Unit to the home, with a view to child development. **Method:** This is a multiple case study based on Yin's methodological framework, carried out with 9 families, consisting of 15 family members in two hospitals in a municipality in the State of Paraná, and then continued at home. Evidence was collected between April 2018 and January 2019; the ecological insertion method was used, in which interviews, genogram, ecomap, methodological notes and data from the child's health card were carried out. For the organization of the data, the MAXQDA® software was used. The data were analyzed according to a combination of pattern and synthesis of crossed cases, in the light of the conceptual theoretical frameworks of the Bronfenbrenner Bioecological Model and the essential needs of the children of Brazelton and Greenspan. **Results:** The proposition of a conceptual matrix for the analysis of child development of preterm infants was prepared in view of essential needs. Thus, it is understood that prematurity affects the family from the personal characteristics and demands of care for the premature, changing the expectations, interactions and bonds established. The discontinuity of proximal processes in the neonatal context and the continuity of proximal processes at home generate tension, anxiety, uncertainty and expectation, implying a greater need for family support and attention from health professionals. The family microsystem is considered as a determinant to ensure that the irreducible needs of the premature are met with quality. Therefore, it is necessary to actually include the family as a participant in health actions at all levels of care, with a view to developing the family's autonomy, responsibility and trust, and their appropriate engagement in activities and roles resulting from interactions with other contexts. Time includes unexpected events related to prematurity, changes in the course of family life, as soon as the risk of loss due to the improvement of the premature infant's clinical condition is removed, the realization of being a father and mother becomes more reasonable, family members redo future plans, with an opportunity for new learnings in order to favor the child's development. **Conclusions:** It is confirmed, therefore, the thesis that the understanding of the family's experience in the ecological transition of premature children, discharged from the Neonatal Intensive Care Unit, according to the bioecological model, thus, can direct nursing care to strengthen families promoting child development. In addition, the analytical instrument developed can support health teams to propose specific intervention actions to this population, in addition to the articulation of public policies for early childhood, especially those that are most vulnerable.

Keywords: Child Development; Family; Premature newborn; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DIMENSÃO - PESSOA. CURITIBA, 2017	36
FIGURA 2 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DIMENSÃO - PROCESSO. CURITIBA, 2017	38
FIGURA 3 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DIMENSÃO CONTEXTO. CURITIBA, 2017	39
FIGURA 4 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DIMENSÃO - TEMPO. CURITIBA, 2017	40
FIGURA 5 - MATRIZ ANALÍTICA PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL PREMATURO DIANTE DAS NECESSIDADES ESSENCIAIS. CURITIBA, 2019	45
FIGURA 6 - ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS. CURITIBA, 2020	49
FIGURA 7 - BASE ESTRUTURAL METODOLÓGICA DA PESQUISA. CURITIBA, 2020.	50
FIGURA 8 - GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F1	65
FIGURA 9 - GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F2	67
FIGURA 10 - GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F3	69
FIGURA 11 - GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F4	71
FIGURA 12 - GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F5	73
FIGURA 13 - GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F6	75
FIGURA 14 - GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F7	77
FIGURA 15 - GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F8	79
FIGURA 16 - GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F9	81
FIGURA 17 - TRANSIÇÃO ECOLÓGICA DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS PREMATURAS	93

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - EVIDÊNCIAS E PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DE DADOS	58
QUADRO 2 - CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS	62
QUADRO 3 -COMBINAÇÃO DE PADRÃO	83

LISTA DE SIGLAS

CAEE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CDC	Convenção sobre os Direitos da Criança
CISGAP	Consórcio Intermunicipal de Saúde de Guarapuava
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Cadastro Nacional de Saúde
COMEP	Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
DI	Desenvolvimento Infantil
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GEFASD	Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento
GM	Gabinete do Ministro
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento
MS	Ministério da Saúde
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PT	Pré-Termo
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Prematuro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	18
3.2 EVIDÊNCIAS ACERCA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	22
3.3 IMPACTO DA PREMATURIDADE SOBRE AS FAMÍLIAS	24
3.4 IMPLICAÇÕES DO NASCIMENTO PREMATURO	26
3.5 IMPORTÂNCIA DE AÇÕES PARA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE PREMATUROS	31
4 MARCOS TEÓRICOS CONCEITUAIS	35
4.1 MODELO BIOECOLÓGICO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO.....	35
4.2 NECESSIDADES ESSENCIAIS DAS CRIANÇAS	41
4.3 MATRIZ ANALÍTICA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE PREMATUROS NA PERSPECTIVA DAS NECESSIDADES ESSENCIAIS	43
5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	48
5.1 TIPO DE PESQUISA	48
5.2 CONTEXTOS DA PESQUISA	52
5.3 UNIDADES DE ANÁLISE	54
5.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE EVIDÊNCIAS	55
5.4.1 Protocolo do estudo de caso	55
5.4.1.1 Teste piloto	56
5.4.1.2 Coleta de evidências	56
5.5 ANÁLISE DE EVIDÊNCIAS	58
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	60
6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	61

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS E SÍNTESE DESCRITIVA INDIVIDUAL	61
6.2 COMBINAÇÃO DE PADRÃO	82
6.3 SÍNTESE DE CASOS CRUZADOS	92
6.3.1 Pessoa	94
6.3.1.1 Necessidades de experiências que respeitem as características individuais.....	94
6.3.1.2 Necessidade de limites, organizações e expectativas	96
6.3.2 Processo	97
6.3.2.1 Necessidade de relacionamentos sustentadores e contínuos	97
6.3.3 Contexto	101
6.3.3.1 Necessidade de relacionamentos sustentadores e contínuos	102
6.3.3.2 Necessidade de comunidades amparadoras e contínuas.....	103
6.3.3.3 Necessidade de proteção física, segurança e regras	107
6.3.4 Tempo.....	107
6.3.4.1 Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento.....	108
7 DISCUSSÃO	112
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
REFERÊNCIAS	138
APÊNDICE A – DADOS DA CARTEIRINHA E INFORMAÇÕES GERAIS	154
APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA.....	155
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)....	160
APÊNDICE D – ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	162
ANEXO A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	188

1 INTRODUÇÃO

Anualmente, estima-se que ocorram 30 milhões de nascimentos prematuros em todo o mundo. O último boletim da OMS, publicado em 2018, aponta ainda que o Brasil está entre os 10 países no mundo com a maior taxa de neonatos pré-termos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A taxa de prematuridade nacional representa 11,5% do total de nascimentos, cerca de 345.000 crianças do total de cerca de 3.000.000 de nascimentos, sem diferenças significativas por região geográfica (LEAL, et al., 2016). No Paraná, a taxa de prevalência de prematuridade foi de 9,92% no triênio de 2015-2017, ou seja, 47.619 prematuros de um total de 472.475 nascimentos (BRASIL, 2019c).

De acordo com a World Health Organization (2011), prematuros são aqueles nascidos antes de 37 semanas de gestação. Configuram-se, sem dúvida, como uma população vulnerável ao estabelecimento de doenças e deficiências neurocomportamentais (MA et al., 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Cabe destacar o contingente elevado de sobrevida dos recém-nascidos prematuros nos últimos anos. Relaciona-se esse fato aos avanços no manejo obstétrico e início da terapia intensiva neonatal, da década de 1970. Nesse sentido, a qualidade de vida desses sobreviventes tornou-se uma preocupação do Estado e de toda a sociedade com vistas a um futuro saudável e produtivo da criança (WILLIAMS; TANN, 2019).

Além disso, há que se considerar que, devido à imaturidade, os recém-nascidos tornam-se vulneráveis aos danos e às adversidades, e, portanto, a prematuridade influenciará em todo o desenvolvimento e impactará na sua vida futura (CHU, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Sabe-se que, para a formação de uma sociedade saudável e produtiva, com futuro próspero e sustentável, são necessárias bases sólidas que permitam uma adequada construção social, a partir do desenvolvimento infantil favorável desde os primeiros anos de vida.

Considera-se primeira infância o período de 0 até 6 anos, fase que se traduz como uma janela de oportunidades para o desenvolvimento infantil saudável, pois é nela que o desenvolvimento cerebral é mais acelerado (SHONKOFF; PHILLIPS, 2000). Essa é a razão pela qual necessita de bases firmes para a construção de uma arquitetura cerebral robusta, a fim de adquirir capacidade de aprendizagem e melhor desempenho e, assim, as primeiras experiências positivas das crianças serão os alicerces para se tornarem adultos

saudáveis(CENTER ON THE DEVELOPING CHILD AT HARVARD UNIVERSITY, 2014; TAU; PETERSON, 2010).

Além disso, a família desempenha um papel preponderante no futuro da criança, sobretudo do prematuro, tendo em vista a influência que essa relação pode exercer no desenvolvimento do infante. Portanto, conforme as características da família e a sua capacidade de enfrentar os desafios de cuidar de uma criança prematura, esse grupo social poderá facilitar ou dificultar esse processo de desenvolvimento. Para isso, a família precisa reconhecer o seu papel no desenvolvimento da criança e estar preparada para desempenhá-lo (ESCARTÍ et al., 2016).

Para que os recém-nascidos prosperem e sobrevivam, são necessárias ações que estimulem o desenvolvimento na primeira infância, com intervenções que vão desde a gravidez até os 6 anos de idade (SHONKOFF; PHILLIPS, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Para esse fim, toda mulher grávida e todo recém-nascido, sem exceção, devem ter acesso a serviços de alta qualidade, antes, durante e após o nascimento, pois reconhece-se o impacto dessa fase sobre todo o desenvolvimento da criança (MATEI et al., 2019; POLAŃSKA et al., 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Muitas vezes, as crianças nascidas prematuras necessitam de cuidados especializados e são encaminhadas às Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para o restabelecimento da saúde (KIECHL-KOHLENDORFER et al., 2015; PINEDA et al., 2014). Nesses ambientes, são imprescindíveis ações específicas voltadas ao cuidado do recém-nascido prematuro (RNPT), além da necessidade de incluir a família nos cuidados realizados na UTIN, devido aos benefícios que essas práticas representam sobre o desenvolvimento da criança (ALS et al., 2012;McANULTY et al., 2010). Também são essenciais: prover ambiente familiar saudável, programas de intervenção precoce do tipo *Follow upe* estabelecimento de condutas especiais nas creches e escolas de ensino, de modo a melhorar o resultado do desenvolvimento das crianças prematuras (BASTANI; ABADI; HAGHANI, 2015; DAMM et al., 2015; IMAD; JARJOUR, 2015).

O apoio aos pais é um dos componentes críticos para o sucesso da transição do prematuro da UTIN para a casa (GARFIELD et al., 2016). Portanto, as famílias precisam de apoio constante de amigos, contatos sociais, ambiente educacional e profissionais de saúde, para suportar os encargos sociais e emocionais, potencialmente inerentes, aos cuidados à criança que nasceu prematura (TRONCO et al., 2015).

Sobre esse prisma, reitera-se a importância do preparo dos pais após a alta do filho prematuro, com orientações para as práticas de cuidado, com ênfase em iniciativas de apoio,

para que assim se possa diminuir a rehospitalização dessa população, além de promover o desenvolvimento infantil (GARFIELD et al., 2016).

Dessa maneira, estudos do desenvolvimento de prematuros, em vários estágios, são importantes para reconhecer os impactos imediatos e a longo prazo. São fundamentais, ainda, uma melhor compreensão e reconhecimento precoce da natureza, grau e alcance de dificuldade no desenvolvimento infantil, bem como a possibilidade de ocorrência de resultados negativos. Além disso, a família deve ser preparada em relação ao prognóstico da criança, aos cuidados de saúde específicos e às necessidades de intervenções adequadas para a primeira infância (IMAD; JARJOUR, 2015).

Para compreender o desenvolvimento humano, mais especificamente o desenvolvimento infantil, é preciso adotar conceitos que permitam entender sua dinâmica biopsicossocial. Para tanto, é preciso redirecionar o olhar para uma visão crítica e reflexiva sobre a primeira infância. Com essa finalidade, o conhecimento advindo da Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner pode trazer contribuições relevantes para a compreensão mais ampla sobre o desenvolvimento infantil, pois este não depende apenas de fatores procedentes de ambientes familiares, mas de todos os ambientes em que a criança e sua família estão inseridos (BRONFENBRENNER, 1996).

Essa teoria considera o desenvolvimento como um conjunto de processos dinâmicos em que o ambiente e o organismo interagem entre si, o que acarreta modificações para desenvolvê-lo durante sua vida. Permite o estudo científico da acomodação progressiva, mútua, entre um ser humano ativo, em desenvolvimento, e as propriedades mutantes dos ambientes imediatos aos quais a pessoa pertence e se desenvolve (BRONFENBRENNER, 2011). Atribui-se ao modelo bioecológico que o desenvolvimento humano seja estudado por meio da interação dinâmica, inter-relacionada e vivenciada de maneira simultânea, a partir de quatro dimensões: pessoa, processo, tempo e contexto (BRONFENBRENNER, 2011).

Conceitualmente, pessoa – por considerar suas características determinadas biopsicologicamente; processo – por meio das interações recíprocas e progressivas do sujeito com as pessoas, objetos e símbolos pertencentes ao seu ambiente imediato; tempo – de acordo com as mudanças e continuidades que acontecem ao longo do ciclo de vida; e contexto – analisado pela interação de quatro níveis ambientais: o microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema, que representam as relações existentes entre os vários contextos que influenciam o desenvolvimento da criança (BRONFENBRENNER, 2011).

Diante das especificidades das crianças nascidas prematuras, após o período de hospitalização na UTIN, recebem alta para o domicílio e, portanto, mudam de contexto, o que

é conceituado pelo autor como transição ecológica e requer novas habilidades da família. Do ponto de vista bioecológico, “ocorre uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa, no meio ambiente ecológico, é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente ou ambos” (BRONFENBRENNER, 1996, p. 22). A transição ecológica monta o cenário tanto para a ocorrência quanto para o estudo sistemático dos fenômenos desenvolvimentais.

Com a intenção de ampliar os horizontes da compreensão e na busca por ações mais concretas, específicas à infância, utiliza-se nesta pesquisa o referencial das necessidades essenciais da criança, proposto pelos autores Brazelton e Greenspan (2002), que explica a inter-relação de um conjunto de necessidades postuladas para todas as crianças, inclusive as prematuras, com o alcance do potencial desenvolvimento infantil, a saber: relacionamentos sustentadores contínuos, experiências que respeitem as diferenças individuais, proteção física, segurança e regras de experiências adequadas ao desenvolvimento, de estabelecimento de limites, organização e expectativas, além da necessidade de comunidades estáveis, amparadoras e de continuidade cultural. Associada a essa compreensão, a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano complementa o referencial teórico deste estudo, pois retrata a amplitude de aspectos definidores do desenvolvimento humano, em qualquer fase da vida.

No entanto, as evidências científicas sobre as relações que permeiam e afetam o desenvolvimento infantil do prematuro ainda são escassas. Alguns estudos sugerem que, ao julgar a possibilidade para o déficit de desenvolvimento, em bebês prematuros, deve-se investigar se isso corresponde a toda a população, ou se os fatores biológicos, a história perinatal e o contexto social podem aumentar a vulnerabilidade (DEMESTREA et al., 2016; GARFIELD et al., 2016). Outro estudo indica que a compreensão dos mecanismos pelos quais a prematuridade pode alterar o desenvolvimento ajudará a elaborar estratégias protetoras direcionadas e intervenções individualizadas para melhorar os resultados do desenvolvimento infantil (CONG et al., 2017).

Ao se considerar a literatura científica atual, embora rica, pouco se tem explorado sobre o desenvolvimento infantil de prematuros, no sentido mais amplo e integral. E mediante essa lacuna, é preciso estudar o desenvolvimento infantil de crianças prematuras a partir das suas dimensões para compreender todos os elementos que o envolvem e promover ações que visem a aspectos sociais, comportamentais, emocionais e neurológicos, até a articulação de instituições envolvidas, com vistas à realização de intervenções adequadas e ampliação das estratégias voltadas à saúde na primeira infância. Assim, faz-se necessário indagar: “Como é a vivência das famílias na transição ecológica do prematuro da UTIN ao domicílio, com vistas ao desenvolvimento infantil?”

Portanto, defendo a tese de que a compreensão da vivência da família na transição ecológica de crianças prematuras, egressas de UTIN, segundo o modelo bioecológico e as necessidades essenciais, subsidia o cuidado de enfermagem para fortalecer as famílias na promoção do desenvolvimento infantil.

Os estudos voltados ao desenvolvimento infantil, nessa população, tornam-se relevantes, tendo em vista que se trata de um período determinante e, portanto, deve-se considerar a maior vulnerabilidade dos prematuros, devido à sua imaturidade cerebral e à exposição a riscos nocivos ao desenvolvimento, de maneira precoce, que poderão repercutir na sua vida adulta.

Esses estudos representam instrumentos importantes à prática profissional da Enfermagem, pois contribuem para a compreensão das diferentes maneiras de estimular o desenvolvimento integral e saudável do prematuro, assim como apoiar a sua família durante essa fase e, dessa forma, fornecem subsídios para a promoção do desenvolvimento dos prematuros, almejando, a longo prazo, o desenvolvimento de adultos saudáveis. Assim sendo, o estudo mostra relevância profissional e social.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a vivência da família na transição ecológica do prematuro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ao domicílio, com vistas ao desenvolvimento infantil.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção, serão apresentadas: a revisão de literatura sobre as políticas públicas voltadas ao desenvolvimento infantil; as evidências acerca do desenvolvimento infantil; o impacto da prematuridade sobre as famílias; as implicações do nascimento prematuro e a importância de ações para promoção do desenvolvimento infantil de prematuros.

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O Brasil tem conquistado melhoras significativas na saúde da criança desde a publicação da Constituição Federal, em 1988, com a garantia do direito universal à saúde, e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, que visou à proteção integral da criança (BRASIL, 2018).

Além disso, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), prevê que:

Art 7º A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990, p.166).

Melhorar as chances de vida daqueles que nasceram muito cedo, muito pequenos e muito doentes ajudará a atingir a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3, em promover o bem-estar de todos, em todas as idades até 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Além disso, na Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), os artigos 6 e 24 enfatizam o direito de todo recém-nascido ao mais alto padrão possível de saúde e assistência médica (UNICEF, 1989).

Foi firmada na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004) a recomendação para realizar a classificação para adequado seguimento e atendimento das necessidades específicas do prematuro, conforme a idade gestacional, sendo: RN de risco, aqueles nascidos com <37 semanas e RN de alto risco para os nascidos com <35 semanas. Dessa forma, o prematuro requer atenção peculiar e prioritária, pois o seu desenvolvimento pode ser desfavorável e demandar uma intervenção precoce de toda a equipe de saúde, desde o nascimento ao longo da vida da criança (BRASIL, 2012).

Sendo assim, o prematuro deve ser atendido em programas de seguimento/*follow-up*, específicos para crianças de alto risco. A Sociedade Brasileira de Pediatria reconhece que há uma lacuna, especialmente nos serviços públicos, pois ele não é exclusivo, ocorrendo uma confusão com a puericultura (SILVEIRA, 2012).

O programa de seguimento/*follow-up* deve iniciar no momento em que o RN prematuro é internado. Logo que começa a coordenar a sucção e a deglutição, alimenta-se via oral sem sonda e controla bem a temperatura corporal, a preparação para a alta deve ser iniciada. Essa ação deve ser acompanhada pela equipe multiprofissional, com papéis bem estabelecidos e focados em atender às necessidades familiares após a alta (SILVEIRA, 2012).

Além disso, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento dos prematuros deve ocorrer também na atenção básica de saúde, porém, exige-se um cuidado maior, porque eles não tiveram seu crescimento intrauterino adequado e a avaliação deve considerar as suas peculiaridades e particularidades (BRASIL, 2012).

Para o acompanhamento das crianças prematuras, o profissional de saúde deve valer-se das curvas específicas para a avaliação do crescimento e do desenvolvimento, ou, para utilizar as curvas-padrão, deverá realizar a correção da idade cronológica até que a criança complete dois anos de idade. A idade corrigida é o ajuste da idade cronológica em relação à prematuridade (BRASIL, 2012).

Alguns marcos no cenário político denotam esforços para a promoção do desenvolvimento infantil e do embate das adversidades enfrentadas na vida das crianças. Em 5 de julho de 2000, por meio da Portaria Ministerial n.º693, atualizada pela Portaria MS/GM n.º 1.683, de 12 de julho de 2007, o Ministério da Saúde ampliou os cuidados prestados ao bebê e agregou a necessidade de uma atenção voltada à família, ao publicar como política a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Mesmo sendo um conjunto de várias iniciativas, é conhecido pela posição que o bebê assume junto ao peito dos pais e propõe, ainda, cuidados voltados ao desenvolvimento do RN, o que diminui a morbimortalidade neonatal (BRASIL, 2011a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

O método Mãe Canguru, portanto, deve ser implantado progressivamente e compreende ao todo três passos. O primeiro diz respeito ao estímulo do livre acesso precoce dos pais ao bebê, e no contato pele a pele deste com seus pais, assim que possível, até evoluir à posição vertical (canguru), em alguns momentos da internação.

O segundo passo visa à possibilidade de o bebê ficar o maior tempo possível na posição canguru; e, por fim, o terceiro passo pauta-se na alta hospitalar, em que as mães ou os

país continuam a colocá-lo na posição canguru e a fazer acompanhamento com a equipe de saúde (BRASIL, 2011a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

Em 2010, destaca-se o Plano Nacional da Primeira Infância, que traça as diretrizes gerais, os objetivos e metas que o Brasil deve seguir para garantir os direitos das crianças, contidos na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente, além das demais leis que se aplicam aos diferentes setores, como educação, saúde, assistência, cultura, convivência familiar e comunitária e outros que lhe dizem respeito. Em consonância com as demais políticas públicas, busca atingir os objetivos propostos pelas convenções internacionais das quais o país participa (DIDONET, 2010).

Nesse mesmo sentido, a fim de qualificar a atenção materno-infantil, o Ministério da Saúde, em 2011, por meio da Portaria n.º 1.459/GM, propôs a criação da Rede Cegonha, que dentre todas as suas estratégias, trouxe um conjunto de iniciativas pautadas em boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização a todos os recém-nascidos. Além de orientar o que “deve ser feito”, aponta ações do que “não deve ser feito”, ou seja, a necessidade de se evitar procedimentos rotineiros e iatrogênicos, realizados sem embasamento científico em muitas instituições. A Rede Cegonha reflete também uma grande preocupação em estabelecer um seguimento/*follow-up* ao RN de risco, além da qualificação da puericultura.

Mais recentemente, em fevereiro de 2016, o Senado Federal aprovou o “Marco Legal da Primeira Infância”, oficialmente o Projeto de Lei n.º 6.998-B, de 2013, que estabelece princípios e diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas voltadas à Primeira Infância, em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida, no desenvolvimento infantil e na formação humana (BRASIL, 2016a).

É uma conquista que estabelece novos rumos para a primeira infância, pois: prevê a ampliação do tempo da licença-paternidade para 20 dias e a criação do abono para os pais levarem seus filhos à consulta médica; prioriza a qualificação dos profissionais sobre as especificidades da primeira infância; reforça a importância do atendimento domiciliar, especialmente em condições de vulnerabilidade, e da atenção humanizada à gestação, ao parto e ao puerpério, assim como apoio a programas de famílias acolhedoras, dentre outras ações essenciais e urgentes (BRASIL, 2016a).

A Lei n.º 13.257/2016 (Lei da Primeira Infância) estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas voltadas à primeira infância, em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida, no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano, com alterações no ECA, no Código de Processo

Penal e com a Consolidação das Leis do Trabalho, além de prorrogar, inclusive, a licença-paternidade para quinze dias (BRASIL, 2016).

Em 2018, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, a qual tinha como objetivo:

promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais, desde a gestação até os 9 anos de vida, com atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida, com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2018, p. 9).

Face a essa reestruturação da atenção materno-infantil e do reconhecimento da necessidade de um olhar mais específico ao prematuro e sua família, tramitava na câmara dos deputados o projeto de lei n.º 472/2019 que altera o artigo 392 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT e o artigo 71 da Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991 e prorroga o início da licença-maternidade para mães de bebês que ficarem internados por mais de três dias, após o nascimento (BRASIL, 2019). Em 12 de março de 2020 o ministro Luiz Edson Fachin do STF concedeu uma medida cautelar que amplia o período de licença maternidade de mães de bebês prematuros. Em 03 de abril de 2020 o plenário do STF confirmou a medida cautelar deferida pelo ministro Edson Fachin e passa a considerar a data da alta do RN como marco inicial da licença-maternidade (BRASIL, 2020).

Mais especificamente no Estado do Paraná, a Secretaria de Estado da Saúde, ao se alinhar às propostas do Ministério da Saúde, na reformulação da atenção materno-infantil, e baseada na análise de indicadores de mortalidade no período de 2006 a 2010, sobretudo ao elevado percentual de mortes maternas (85%) e infantis (61%) evitáveis, definiu a Rede Mãe Paranaense como elemento orientador para organização no estado. Dentre os eixos prioritários da rede, prevê o acompanhamento das crianças de risco até um ano de idade, a partir da estratificação de risco para monitoramento e o acompanhamento do desenvolvimento por meio da puericultura (PARANÁ, 2014).

Na mesma lógica, em 2013, no município de Guarapuava, a Secretaria Municipal de Saúde lançou o Programa Mãe-Guará, o qual garantiu que gestantes e crianças tenham acesso a todo cuidado e tecnologia necessária, em cada situação específica, a partir da efetividade e integração da rede de serviços de saúde. Na sua operacionalização, as crianças de risco são classificadas ainda na maternidade e referenciadas para atenção primária em que realizarão o acompanhamento do desenvolvimento, conforme a estratificação.

Devido aos números expressivos, relacionados à prematuridade, etiologia complexa e multifatorial, aliados às consequências para a criança-família-comunidade, várias são as estratégias em defesa da atenção à saúde da criança, sobretudo das nascidas prematuramente. É imprescindível reconhecer a importância de se estabelecer um atendimento pautado nas diretrizes do SUS e na identificação precoce de riscos que possam impactar na saúde e no desenvolvimento infantil.

3.2 EVIDÊNCIAS ACERCA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica n.º 33, traz conceitualmente o desenvolvimento infantil, definido como: “um conceito amplo que se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais” (BRASIL, 2012, p. 121).

Reitera ainda que mesmo a estrutura fisiológica inata do indivíduo depende da interação com o meio social para ocorrer, como seus modos de agir, pensar, sentir, seus valores, etc. O desenvolvimento infantil é mediado pela família, pelos profissionais de saúde, da educação, pessoas do convívio, entre outros, que delimitam e atribuem significados à sua realidade e contribuem para o seu desenvolvimento psicossocial. De acordo com a relação estabelecida, a criança assimila habilidades que foram construídas pela história social com o passar do tempo, bem como o desenvolvimento da habilidade de sentar, andar, falar, controlar os esfíncteres e etc. (BRASIL, 2012).

Bronfenbrenner (2011) define o desenvolvimento como:

Fenômeno de continuidade e de mudança das características biopsicológicas dos seres humanos como indivíduos e grupos, esse fenômeno se estende ao longo do ciclo da vida humana por meio das sucessivas gerações e ao longo do tempo histórico, tanto passado quanto presente (BRONFENBRENNER, 2011, p. 43).

Diante dos conceitos apresentados, esse estudo compreende que o desenvolvimento infantil é amplo, complexo e dinâmico, em que o sujeito e o ambiente desenvolvem uma interação recíproca, sob influências dos processos, dos contextos nos quais está inserido, das características do sujeito ao longo do tempo de vida (BRONFENBRENNER, 2011).

Fazem-se urgentes novas publicações relacionadas à neurociência e sua relação com o desenvolvimento infantil (BENAVENTE-FERNÁNDEZ et al., 2019; DENNIS et al.,

2013;KIECHL-KOHLENDORFER et al., 2015; LAVALLÉE et al., 2019; PINEDA et al., 2014;TAU; PETERSON, 2010).

As evidências científicas indicam que a arquitetura cerebral é moldada a partir da interação entre herança genética e influências do meio no qual a criança vive e se desenvolve. Portanto, os primeiros anos de vida da criança são primordiais ao desenvolvimento humano (ALS et al., 2011).

No que diz respeito à prematuridade e ao desenvolvimento infantil, deve-se considerar que, devido à imaturidade dos órgãos e sistemas, ao menor peso ao nascer e à idade gestacional jovem, distúrbios do desenvolvimento cerebral podem ser desenvolvidos. Além disso, há que se observar a exposição a efeitos deletérios da UTIN, os quais podem afetar diretamente a criança ao longo do seu desenvolvimento (MA et al., 2015).

As evidências da neurociência indicam que, no nascimento, o cérebro pesa cerca de 400 gramas e cresce cerca de 70% do seu tamanho adulto já no primeiro ano de vida, e 80% no segundo ano. Portanto, a infância é a fase da vida em que ocorre o maior crescimento cerebral do indivíduo, o que, conseqüentemente, tem implicações no seu desenvolvimento. As interações dinâmicas, as condições ambientais e as experiências pessoais influenciarão e terão impacto direto no desenvolvimento infantil (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2008; TAU; PETERSON, 2010).

O conceito de plasticidade cerebral, traduzido como a capacidade cerebral para responder aos estímulos ambientais, permite modificações fisiológicas e estruturais na arquitetura cerebral para o desenvolvimento saudável. Por isso, é necessário reconhecer e valorizar os períodos sensíveis ao desenvolvimento, em que o organismo possui maior capacidade de modificação e maleabilidade. Destaca-se que, quanto menor a idade, maior a plasticidade do cérebro da criança, razão pela qual é nesse momento que as ações, voltadas à promoção do desenvolvimento infantil, no seu sentido mais amplo, devem ser implementadas (DENNIS et al., 2013; NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2008; TAU; PETERSON, 2010).

Algumas instituições internacionais, como o *Center on the Developing Child* e *David Rockefeller Center for Latin American Studies* da Universidade de Harvard, nos Estados Unidos, concentram seus esforços em aproveitar esse conhecimento em acelerado crescimento para impulsionar a inovação de base científica e focar no alcance de resultados inovadores às crianças que enfrentam algum tipo de adversidade (CENTER ON THE DEVELOPING CHILD AT HARVARD UNIVERSITY, 2014).

Embora fatores genéticos contribuam fortemente para o desenvolvimento e a maturação cerebral, um grande corpo de evidências mostra que esse desenvolvimento está sob fortes influências ambientais (JIANG et al., 2014), uma vez que o desenvolvimento do cérebro humano é otimizado para aprender com sugestões ambientais. Dessa forma, o cuidado adequado é um potente influenciador para o desenvolvimento do cérebro. O mesmo ocorre com o cuidado adverso, que é o maior fator de risco ambiental para o surgimento de doenças mentais na vida adulta (TOTTENHAM, 2019).

É importante, portanto, traçar uma discussão em torno das adversidades enfrentadas por algumas crianças na primeira infância. A literatura faz referência ao “estresse tóxico”, um importante conceito utilizado por pesquisadores internacionais para evidenciar que a exposição à violência, ao abuso, à negligência e às múltiplas adversidades, durante a primeira infância, produzem impacto ao longo da vida.

Sabe-se que o “estresse tóxico” é capaz de produzir altos níveis de cortisol, causa de prejuízos ao processo de desenvolvimento do cérebro, por meio da limitação da proliferação de células cerebrais, danos de saúde, aprendizagem e comportamento, o que interfere diretamente no desenvolvimento infantil (UNICEF, 2014).

Essas evidências científicas destacam a importância em fornecer cuidados de saúde e estímulos a todas as crianças, especialmente as que enfrentam adversidade (UNICEF, 2014), como é o caso das crianças nascidas prematuramente.

3.3 IMPACTO DA PREMATURIDADE SOBRE AS FAMÍLIAS

É necessário trazer à pauta da discussão o impacto da prematuridade sobre as famílias, pois elas vivenciam sentimentos de insegurança, estresse e angústia desde o período de internação, sentimentos que ficam exacerbados no momento da transição ao domicílio. Pesquisas apontam que familiares relatam despreparo para assumir os cuidados com a criança e as dificuldades diante das condições de saúde do filho, relacionadas especialmente ao longo período de hospitalização, o que acaba por privá-los do cuidado direto com a criança. Além disso, a demanda do manejo de um bebê de alto risco gera grandes preocupações e aumenta o estresse familiar (GOMES et al., 2016).

Nesse contexto, é fundamental conhecer a definição de família, visto se tratar de um dos focos do estudo. Para Elsen et al. (2016):

...o que demarca uma família extrapola a noção de consanguinidade ou as condições em que indivíduos compartilham um mesmo espaço de moradia; trata-se de uma rede de relações socioafetivas complexas que entrelaçam a vida de pessoas (ELSEN et al; 2016, p. 450).

É unânime o despertar de alegria que um recém-nascido saudável traz aos pais, famílias e comunidades, mas a chegada de um recém-nascido prematuro geralmente resulta em preocupação e tristeza imediatas. Quando a criança corre alto risco de morte ou invalidez, essas preocupações podem ser um tremendo fardo adicional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Em uma metassíntese recente, os autores destacaram a preocupação dos pais em cuidar de seus bebês prematuros após a alta e relataram a necessidade de maior envolvimento entre profissionais da saúde no preparo para a alta. Os sentimentos vivenciados acerca dos nascimentos prematuros e da hospitalização na UTIN são permeados por apreensão e ansiedade, isso porque os pais temem pela saúde do prematuro e por sua capacidade de prestar cuidados não supervisionados ao bebê. No entanto, o apoio prestado pelos profissionais de saúde aumenta a confiança dos pais no cuidado de seus bebês prematuros e os ajudam a superar o medo que sentem (ADAMA, et al., 2016).

Em pesquisa realizada em 2019, com o objetivo de descrever e compreender as experiências de mães de bebês extremamente prematuros, durante os primeiros doze meses, em casa, após a alta de uma UTIN, indicou-se que o nascimento e o cuidado de um bebê prematuro afetam a qualidade de vida das mães, bem como sua vida familiar e social. Revelou-se ainda que as mães estão cientes das complicações médicas, do risco de readmissão e do desenvolvimento lento do prematuro e expressam, assim, uma necessidade de maior apoio profissional para desenvolver habilidades de cuidados aos filhos e de apoio para que a família tenha sua vida reorganizada em torno da frequência dos exames médicos, a quantidade de equipamentos médicos em casa e o risco de complicações (GRANERO-MOLINA, et al., 2019).

Sabe-se que o envolvimento da família no cuidado neonatal pode melhorar o ganho de peso e diminuir a readmissão em prematuros, bem como aumentar a satisfação, o conhecimento e as habilidades dos pais e, possivelmente, reduzir a ansiedade, a depressão e o estresse em longo prazo (DING, et al., 2018).

Segundo achados disponíveis na literatura, indica-se que orientações sobre os cuidados ao recém-nascido prematuro beneficiam o desenvolvimento infantil, pois ocorrências de atrasos cognitivos e comportamentais podem ser influenciados por riscos

biológicos (ou seja, o grau de prematuridade) e a qualidade do ambiente relativo a cuidados precoces. Torna-se, portanto, imprescindível o preparo da família para os devidos cuidados ao bebê prematuro no domicílio (SHAH et al., 2013).

Um conjunto emergente de evidências demonstra que as consequências de um parto prematuro podem ser prevenidas com cuidados de boa qualidade e de suporte ao desenvolvimento. Da mesma forma, os pais e demais membros da família podem servir como parceiros importantes na prestação de cuidados oportunos, consistentes e adequados, com atenção vigilante no acompanhamento de recém-nascidos de risco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

No momento atual, as famílias e a sociedade como um todo, além dos profissionais envolvidos na assistência ao prematuro, devem lembrar o conceito de que valorizar o investimento em sobrevida do prematuro implica um conjunto de medidas de acompanhamento e supervisão de saúde, após a alta da UTI Neonatal.

O melhor acompanhamento do prematuro, de forma supervisionada e interdisciplinar, garantirá o investimento em sobrevida, anteriormente realizado com esses pacientes nas unidades de tratamento intensivo: menores taxas de reospitalizações, menor índice de infecções nos primeiros anos de vida dessas crianças, melhores taxas de crescimento e desenvolvimento, adequada inclusão na escola e potencial de aprendizado, o que resulta na inserção à sociedade na fase adulta (SILVEIRA, 2012).

No que diz respeito às famílias de crianças prematuras, estas precisam de apoio constante de amigos, contatos sociais, instituições educadoras e prestadores de cuidados de saúde, sobre como suportam os encargos sociais e emocionais inerentes aos cuidados a uma criança com necessidades complexas e especiais (IMAD; JARJOUR, 2015).

Auxiliar a família a promover um ambiente seguro e acolhedor é fundamental, pois a segurança é um pré-requisito para o desenvolvimento da primeira infância. Há evidências científicas que denotam que o mecanismo do sistema nervoso autônomo, ao responder a ameaças, desencadeia resposta ao estresse caracterizada pela captação de energia e nutrientes para longe do cérebro; assim, para restaurar o mecanismo normal, o sistema deve detectar as devidas características de segurança (UNICEF, 2014).

3.4 IMPLICAÇÕES DO NASCIMENTO PREMATURO

Conceitualmente, a Organização Mundial de Saúde (1980) define que o nascimento prematuro pode ser classificado de acordo com as semanas de gestação em: pré-termo (PT),

aquele com idade gestacional abaixo de 37 semanas; prematuro moderado, o bebê que nasce entre a 31ª e 36ª semana gestacional; e prematuro extremo, aqueles nascidos entre a 24ª e a 30ª semana de gestação. Com isso, quanto menor a idade gestacional, maiores são os riscos de essa criança desenvolver algum problema de saúde.

No ano de 2015, a prematuridade representou a principal causa de mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo (SBP, 2017). No último boletim da OMS, publicado em 2018, estimou-se que ocorreram 30 milhões de nascimentos prematuros em todo o mundo. Além disso, no mesmo boletim, o Brasil figurou entre os 10 países no mundo com a maior taxa de prematuridade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Os países com o maior número de nascimentos prematuros foram a Índia, China, Brasil e EUA, o que demonstra que a prematuridade é significativa em todas as configurações de renda e representa um problema global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A taxa geral de nascimentos prematuros no Brasil foi estimada em 11,5%, sem apresentar diferenças significativas por região geográfica, mas com taxas mais elevadas nas capitais dos estados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). O pré-termo tardio foi a maior categoria, com 74% dos prematuros, seguido pelos nascidos com menos de 32 semanas, com 16%, e os nascidos entre 32 e 33 semanas, representados por 10% (SBP, 2017). Os nascimentos prematuros espontâneos representaram 60,7% de todos os nascimentos prematuros, e os partos prematuros, iniciados por profissionais, foram 39,3% do total, devido quase inteiramente (90%) à cesariana pré-parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (1980) lançou o relatório de ação global do nascimento prematuro e listou os 10 países com a maior taxa de prematuridade, na qual o Brasil está incluído, representando 19% das taxas mundiais (BLENCOWE et al., 2012; PASSINI JUNIOR et al., 2014). Um dos principais fatores para a morbimortalidade neonatal é a prematuridade, e sua incidência é maior em capitais brasileiras e cidades de maior porte (BRASIL, 2012).

No Paraná, após a implantação da Rede Mãe paranaense, a mortalidade infantil teve uma tendência decrescente entre os anos de 2000 e 2013, o que representa uma diminuição acima de 40% ao longo desse período, e, ao analisar esse mesmo indicador no período entre 2010 e 2013, essa queda foi de 10% (HUÇULAK et al., 2014).

Mais de 1 milhão de crianças prematuras morrem devido a complicações de parto prematuro e os sobreviventes enfrentam uma vida inteira de deficiência, com dificuldades de

aprendizagem e visuais, e problemas de audição (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Blencowe et al. (2012) afirmam que esses recém-nascidos poderiam sobreviver com cuidados simples de suporte e sem a necessidade de cuidado intensivo neonatal, no entanto, há uma enorme lacuna de sobrevivência e equidade entre os países mais ricos e os mais pobres. Atualmente, mais de 90% dos bebês nascidos antes de 28 semanas de gestação sobrevivem em países de alta renda, mas em contextos de baixa renda, apenas 10% deles sobrevive.

A causa dos altos índices de prematuridade pode estar relacionada à etiologia complexa e que envolve inúmeros fatores. Devido à magnitude desse problema, as causas do parto prematuro continuam a ser investigadas. Por isso, há que se reconhecer o que tem levado ao aumento dos partos prematuros e lançar mão de estratégias para fortalecer ações preventivas e de promoção à saúde materno-infantil, para melhora nas chances de sobrevivência e nos resultados de saúde dos bebês prematuros (BLENCOWE et al., 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Sabe-se que a prematuridade é uma síndrome complexa, com múltiplos fatores etiológicos, e que está associada a uma grande variabilidade de condições clínicas, as quais definem a sobrevida e o padrão de crescimento e desenvolvimento em diferentes subgrupos de risco (SBP, 2017). O nascimento prematuro comumente está associado a fatores maternos como: a idade materna jovem ou avançada, intervalo interpartal curto, baixo índice de massa corporal (IMC), gravidez múltipla, pré-existência de doenças transmissíveis, doença hipertensiva da gravidez e infecções (MWANIKI et al., 2012). Além dessas causas, também pode ser influenciado por interações entre o gene ambiente, como poluição e o tabagismo e ainda pela variabilidade genética (SIMMONS et al., 2010).

No Brasil, os autores Passini Junior et al. (2014), por meio de um estudo multicêntrico, objetivaram estimar a prevalência de partos prematuros em uma determinada amostra de unidades de saúde e identificaram os principais fatores de risco associados ao nascimento prematuro espontâneo, em que encontraram a gravidez múltipla, parto pré-termo anterior, insuficiência cervical, hemorragia vaginal, malformação fetal, polidrâmnio, pré-natal inadequado, aborto anterior e infecção do trato urinário como fatores independentemente associados ao parto prematuro.

Devido à crescente ocorrência de partos prematuros e a morbimortalidade dos bebês, a prematuridade é considerada um importante problema de saúde pública. Isso demanda um olhar específico e atento às necessidades intrínsecas de crianças que nasceram antes de

completar seu pleno desenvolvimento intrauterino e, por esse motivo, podem apresentar dificuldades para o desenvolvimento infantil. A maioria dos recém-nascidos pode sobreviver e prosperar com acesso a cuidados de qualidade, mas isso exigirá um foco sustentado em transformar os cuidados de modo a fazer a diferença para eles e suas famílias (CHU, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Devido à seriedade do problema da prematuridade, nenhum país deve deixar de investir em cuidados simples para evitar parto prematuro; não apenas isso, é preciso ir além, e investir também na qualidade de vida dos recém-nascidos pré-termos ao priorizar os cuidados de suporte ao desenvolvimento e estabelecer parcerias com as famílias desde o início. Atitudes como essas podem reduzir resultados adversos e, assim, melhorar a produtividade econômica do país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O custo econômico e social do nascimento prematuro é elevado, pois considera o internamento em UTIN, os cuidados de saúde e as necessidades educacionais especiais, os cuidados durante o crescimento e o desenvolvimento da criança, além das dificuldades enfrentadas pelas famílias, que sofrem a perda repentina de um bebê prematuro ou passam pela experiência do internamento hospitalar estressante e prolongado (MWANIKI et al., 2012).

Além disso, mesmo com os esforços para qualificar a assistência materno-infantil nos últimos anos e a preocupação com a qualidade de vida e o pleno desenvolvimento dos prematuros sobreviventes, ainda existe uma lacuna emergente para todos os segmentos da sociedade e, portanto, ações com vistas à promoção do desenvolvimento infantil devem ser instituídas (CASTRO; DUARTE; DINIZ, 2017).

Logo após o nascimento, é imprescindível considerar nos cuidados prestados ao prematuro que ele tem maior chance de apresentar instabilidade da temperatura, dificuldades respiratórias, infecções, apneia, hipoglicemia, convulsões, icterícia, dificuldade de alimentação, enterocolite necrosante, leucomalácia periventricular. Essas são complicações que aumentam, proporcionalmente, conforme a diminuição da idade gestacional e que são mais comuns entre os recém-nascidos com menos de 32 semanas (SIMMONS et al., 2010).

O parto prematuro tem efeitos também ao longo de toda a vida da criança, com impacto direto no desenvolvimento, tais como aumento do déficit de aprendizagem, paralisia cerebral, distúrbios e prejuízos visuais, e ainda aumenta a possibilidade em desenvolver doenças crônicas quando adulto (MWANIKI et al., 2012). Também há registros de atrasos no desenvolvimento neurológico, sequelas comportamentais, aumento de internações hospitalares, deficiências cardiovasculares, pulmonares e audição (SIMMONS et al., 2010).

Portanto, durante o período crítico que é o desenvolvimento infantil, as alterações relacionadas à prematuridade podem ter efeitos adversos e duradouros sobre a saúde por todo o período da vida, como disfunções sutis que podem não se tornar evidentes em idades anteriores, mas evoluir com o tempo para se tornarem distúrbios do desenvolvimento neurológico ou outras doenças crônicas, condições que terão um impacto significativo no bem-estar, não menos importante, e impõe limitações físicas ou neuropsicológicas, comportamentais e emocionais (LUU; MUHAMMAD; NUU, 2017).

Algumas limitações funcionais são sujeitas à identificação, quando as crianças nascidas prematuras frequentam escolas regulares e apresentam dificuldades no desenvolvimento das habilidades cognitivas, motoras e sociais. Dados obtidos na pesquisa de Pinheiro, Martinez e Fontaine (2014) apontam que, ao investigar a influência da prematuridade e do baixo peso ao nascimento no desenvolvimento da coordenação visomotora, (viso-perceptiva e motora fina) no início da escolarização, e suas relações com o atraso geral de desenvolvimento, os resultados indicaram que as crianças prematuras apresentavam pior desempenho nas avaliações de desenvolvimento, o que confirma que a prematuridade representa a vulnerabilidade dessa população (PINHEIRO; MARTINEZ; FONTAINE, 2014).

Além das dificuldades de aprendizagem e das funções neuropsicológicas, estudos indicam que indivíduos nascidos prematuros tendem a exibir padrões psicossociais atípicos, expressados por desatenção, introversão, ansiedade, rigidez e menor tendência para a tomada de risco (HERTZ et al., 2013).

Além disso, em uma meta-análise realizada em 2012, concluiu-se que os bebês que nascem prematuros ou com baixo peso têm uma pressão sanguínea sistêmica moderadamente superior durante a vida e apresentam maior risco de desenvolver hipertensão e suas sequelas quando adultos (JONG et al., 2012).

Uma revisão sistemática recente que buscou examinar se o nascimento prematuro estaria associado a mudanças posteriores na sensibilidade à insulina, na vida adulta, indicou que indivíduos nascidos prematuramente apresentam um ganho de peso excessivo durante o crescimento e desenvolvimento, com maior porcentagem de massa gorda e circunferência da cintura, e exibem sensibilidade reduzida à insulina, desde a infância até a idade adulta, com maior risco de síndrome metabólica (TINNION; GILLONE; CHEETHAM, 2014).

Os sobreviventes de partos prematuros, com e sem displasia broncopulmonar (DBP), têm comprometimento também da função respiratória, caracterizada pela limitação do fluxo aéreo, que se manifesta com tosse crônica e sibilância recorrente, em que serão necessárias

medidas que visem melhorar a função pulmonar, a longo prazo, para interromper a sua progressão e, assim, não evoluir para a doença pulmonar obstrutiva crônica, na idade adulta (FAWKE et al., 2010).

3.5 IMPORTÂNCIA DE AÇÕES PARA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE PREMATUROS

A relevância clínica e científica de estudos voltados à primeira infância catalisa uma importante mudança de paradigma sobre a compreensão da saúde e da doença ao longo da vida. Avanços nos diversos campos de pesquisa convergem para a concepção sobre o desenvolvimento humano, pois se reconhece que há profundas implicações na capacidade de melhorar as perspectivas de vida das crianças e fortalecer o tecido social e econômico da sociedade. Essas pesquisas sugerem que muitas doenças ocorridas na vida adulta devem ser vistas como distúrbios do desenvolvimento que começam no início da vida, e as disparidades persistentes de saúde associadas à pobreza, discriminação ou maus-tratos podem ser reduzidas pelo alívio do estresse tóxico na infância e por práticas que reforçam a promoção do desenvolvimento infantil na primeira infância (SHONKOFF; GARNER, 2012).

Nesse sentido, cada vez mais as investigações evidenciam que genes e o ambiente possuem elevado grau de interdependência, os quais fazem parte de um todo, interagem constantemente e desempenham um papel singular no cérebro de uma criança em desenvolvimento, fatores determinantes para o futuro. Sabe-se que os genes fornecem o modelo para o desenvolvimento do cérebro, mas é o ambiente que o molda (UNICEF, 2014).

A evidência científica sobre os impactos no desenvolvimento enfatiza que as primeiras experiências, relações de cuidado e ameaças ambientais são incontestáveis. Praticamente, todos os aspectos do desenvolvimento infantil evoluem a partir dos circuitos do cérebro para o desenvolvimento saudável e são afetados pelos ambientes e experimentos que são encontrados desde o início do período pré-natal e se estendem por todos os anos da infância. A ciência do desenvolvimento precoce também é clara sobre a importância específica da paternidade e da prestação de cuidados (SHONKOFF; PHILLIPS, 2000).

Ao considerar o contexto supracitado, são reconhecidas a necessidade e a importância de prover um ambiente saudável desde o início, pois o desenvolvimento inicia-se na fase pré-natal, em que o ambiente uterino é responsável por fornecer os estímulos apropriados para a maturidade de todo o organismo. Dessa maneira, são imprescindíveis

ações que visem promover o desenvolvimento desde antes do nascimento (MOSQUEDA et al., 2013; POLAŃSKA et al., 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Portanto, iniciativas voltadas à saúde reprodutiva devem reduzir os riscos que surgem a partir do pré-natal deficiente, como cessação do tabagismo, redução da gravidez na adolescência, exposições precoces a neurotóxicos, bem como abuso de substâncias, além de garantir acesso aos serviços de qualidade (SHONKOFF; PHILLIPS, 2000).

É possível que os RNs prematuros, que necessitam de hospitalização em UTIN para reestabelecimento da saúde, acabem por receber também estímulos nocivos ao desenvolvimento, através da exposição a luzes intensas, ruídos elevados, frequentes intervenções estressantes e separação precoce da família (ALS et al., 2011; ALS, 2015).

A admissão do bebê prematuro para tratamento na UTIN significa deixá-lo exposto a uma série de estímulos dolorosos e estressantes para os quais não está preparado. Esses estímulos desencadearão respostas agudas e, em decorrência, poderão afetar a estrutura e a função do cérebro imaturo, o que, conseqüentemente, afetará o seu desenvolvimento futuro (MOSQUEDA et al., 2013). Portanto, os profissionais que cuidam de RNs prematuros, no ambiente neonatal, devem estar preparados para que suas ações sejam promotoras e não prejudiciais ao desenvolvimento infantil.

Alguns pesquisadores têm focado seus estudos sobre o impacto negativo do ambiente da UTIN nos recém-nascidos. O *Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program (NIDCAP)* é um exemplo, pois trata-se de um programa voltado aos profissionais para que promovam, de forma continuada, cuidados individualizados de suporte, adaptados ao desenvolvimento do RN prematuro internado em UTIN (ALS et al., 2011).

Os elementos-chave desse programa são: coordenação, avaliação, meio ambiente tranquilo, consistência no cuidar/cuidados colaborativos, agrupamento de cuidados/estruturações 24 horas, posicionamento adequado, oportunidades para contato pele a pele, suporte individualizado para a alimentação e conforto para a família. A capacitação de profissionais capazes de identificar e executar os cuidados necessários ao desenvolvimento de prematuros tem o potencial de melhorar os resultados a longo prazo dessas crianças (ALS et al., 2011; SANTOS, 2011).

Além desses cuidados importantes no ambiente neonatal, os demais ambientes em que a criança vive também refletem no seu desenvolvimento. Portanto, algumas influências adversas como, por exemplo, a exposição à violência, o abuso infantil e a negligência grave e prolongada afetam o desenvolvimento infantil com repercussões para a vida adulta, as quais

devem ser combatidas com ações intersetoriais (JIANG et al.,2014; NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2008;TAU; PETERSON, 2010).

Os pais e outros prestadores de cuidados regulares na vida das crianças são "ingredientes ativos" de influência ambiental, durante o período da primeira infância (SHONKOFF; PHILLIPS, 2000). Portanto, devem-se assegurar políticas públicas e privadas que forneçam à família de crianças prematuras, proteção de renda, acesso a serviços de saúde, apoio contínuo para que ela proporcione cuidado estável e promotor do desenvolvimento na primeira infância e durante a vida (SHONKOFF; PHILLIPS, 2000).

Uma extensa pesquisa sobre o desenvolvimento infantil e estimulação da infância mostra que carinho e interação entre as crianças e seus pais ou cuidadores são aspectos que influenciam de maneira permanente a capacidade da criança para aprender e se desenvolver (UNICEF, 2014).

Em consonância com o pressuposto apresentado, no estudo de Taylor-Colls e Pasco Fearon (2015), que teve como objetivo investigar como as variações no comportamento dos pais afetavam respostas nos bebês às expressões faciais, encontraram-se evidências para apoiar que a qualidade das interações entre mãe/bebê iniciam precocemente, porque elas podem influenciar as respostas emocionais mais intensas. O estudo destaca também que os bebês tornam-se sensíveis a expressões de emoção no início do primeiro ano, e tal sensibilidade é crucial para o desenvolvimento social, adaptação e interações sociais com cuidadores primários e pode desempenhar um papel relevante ao desenvolvimento dessa habilidade complexa.

Sabe-se que o nascimento prematuro tem impacto direto no desenvolvimento, para os desafios enfrentados por essas crianças, desde o início da vida até a fase adulta. No que diz respeito aos anos escolares, é necessário o apoio adequado da família e da comunidade, além da atenção especial dos profissionais da educação, a fim de promover a resiliência e melhorar o bem-estar a longo prazo dessas crianças (LUU; MUHAMMAD; NUU, 2017).

Shonkoff e Phillips (2000) sugerem iniciativas para a qualificação dos profissionais que trabalham em ambientes educacionais infantis, pois estes devem ser capazes de realizar triagem eficaz e identificação precoce das crianças que apresentarem algum atraso do desenvolvimento, com vistas à prevenção de problemas na infância.

As práticas de cuidados e o contexto em que as crianças prematuras estão inseridas são cruciais para o desenvolvimento infantil. Os efeitos cumulativos dos fatores biológicos e ambientais interagem diretamente com a prematuridade e afetam o desenvolvimento na primeira infância, razão pela qual é necessário instituir medidas que visem ao

acompanhamento dessas crianças, de maneira integral e específica, e às demandas dessa população (LEMOS; VERÍSSIMO, 2016).

4 MARCOS TEÓRICOS CONCEITUAIS

Nesta seção, serão apresentados os marcos teóricos conceituais utilizados nesta pesquisa. Apresentar-se-ão também o modelo bioecológico de Bronfenbrenner, que versa sobre o desenvolvimento humano, e as concepções sobre as necessidades essenciais das crianças de Brazelton e Greenspan, que proporcionarão o alcance dos potenciais intelectual, social, emocional e físico das crianças. Em seguida, apresentar-se-á também a matriz elaborada neste estudo, a qual apresenta a interface entre esses dois referenciais para o desenvolvimento infantil de prematuros.

4.1 MODELO BIOECOLÓGICO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

O Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner é decorrente de aprofundamentos e atualizações da Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano, desenvolvida também por Bronfenbrenner no final da década de 70 e publicada no ano de 1979, a partir de uma segunda sistematização do livro *The Ecology of Human Development*, traduzido como Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano (BRONFENBRENNER, 2011).

No livro *The Ecology of Human Development*, a Teoria Ecológica apresenta-se como essencial para romper paradigmas da psicologia da época e reorientar concepções mais amplas acerca do desenvolvimento humano. O paradigma ecológico da teoria, inicialmente, definia o desenvolvimento como uma mudança duradoura na maneira como uma pessoa percebe e reage ao seu ambiente, de modo que o ambiente ecológico era traduzido como uma série de estruturas encaixadas, uma dentro da outra, como um conjunto de bonecas russas (BRONFENBRENNER, 1996).

As principais críticas que o próprio autor atribuiu à Teoria Ecológica pautam-se na ênfase dada aos aspectos do contexto, em detrimento dos aspectos da pessoa. A partir disso, ocorre o surgimento da Bioecologia do Desenvolvimento Humano, que amplia os principais componentes e inclui novos, e enfatiza a articulação dinâmica entre si, o modelo PPCT. Esse modelo requer que estudantes e pesquisadores considerem as inter-relações entre quatro dimensões: processo, pessoa, contexto e tempo (BRONFENBRENNER, 2011).

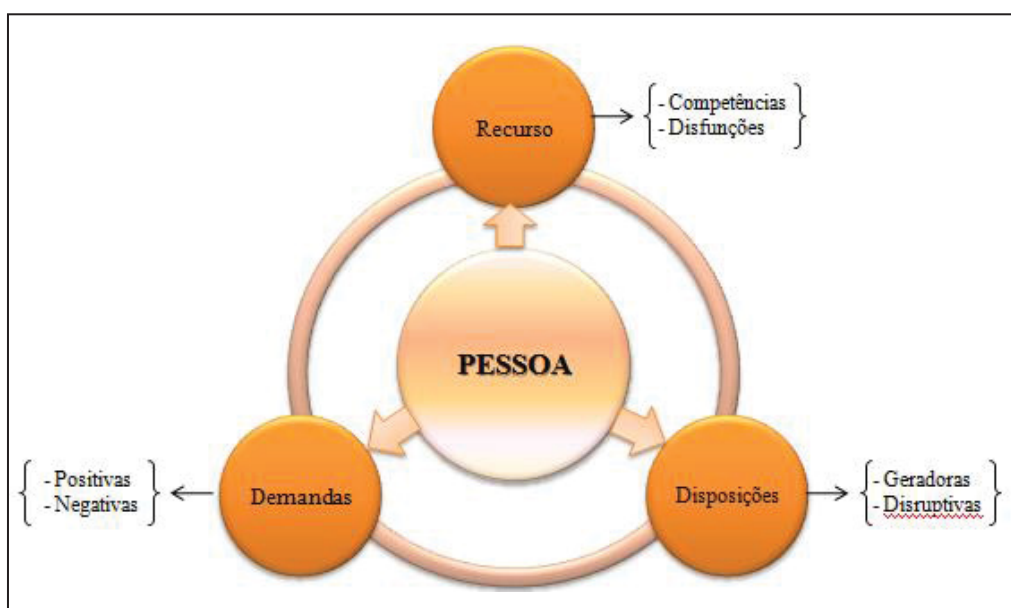
Dentro da Teoria Bioecológica, o desenvolvimento é definido como:

O fenômeno de continuidade e mudança nas características biopsicológicas dos seres humanos, tanto como indivíduos quanto como grupos. O fenômeno se estende ao longo da vida, através de sucessivas gerações e através do tempo histórico, passado e futuro (BRONFENBRENNER, 2011, p. 6970).

Antes de se discutir o modelo bioecológico do desenvolvimento, é preciso compreender que o ambiente ecológico é concebido como aquele em que a pessoa em desenvolvimento está inserida. Além disso, esse modelo requer uma reorientação da visão convencional e convida à ampliação do olhar sobre as relações entre todas as estruturas envolvidas e seu impacto no desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER, 2011).

A dimensão **pessoa** é descrita como ser biopsicológico ativo, capaz de se modificar e modificar o seu ambiente. O autor destaca que os processos proximais que produzem essas modificações ocorrem sempre dentro dos contextos, por meio da interação dos diversos níveis, nos diferentes sistemas e que nenhuma característica da pessoa existe ou exerce influência sobre o desenvolvimento de forma isolada (BRONFENBRENNER, 2011). Além disso, o autor descreve as características pessoais compostas por atributos socioemocionais e cognitivos, determinantes para os processos proximais, destacando três principais atributos: disposições, recursos e demandas, conforme representado na FIGURA 1.

FIGURA 1- REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DIMENSÃO - PESSOA. CURITIBA, 2017



FONTE: A AUTORA. ADAPTADO DE BRONFENBRENNER (1996).

As disposições da pessoa em desenvolvimento são características comportamentais que podem colocar os processos proximais em movimento, ou ainda, retardar ou

impossibilitam que eles aconteçam. Essas características são referidas como “força da pessoa”, que podem agir de duas formas: geradora ou disruptiva ao desenvolvimento. A disruptiva inclui atributos como: distração, impulsividade e agressões, ou ainda, apatia, falta de interação, desatenção e indiferença. Por outro lado, as características desenvolvimentais geradoras envolvem atitudes de curiosidade, interesse, autonomia e prontidão (BRONFENBRENNER, 1996).

Os recursos bioecológicos constituem-se em ativos ou passivos biopsicológicos. Os passivos são aqueles que limitam ou rompem a integridade funcional de um organismo, como por exemplo: baixo peso, danos cerebrais, processos degenerativos ou defeitos genéticos. Por outro lado, os recursos ativos relacionam-se às habilidades, experiências, conhecimento e destreza, essenciais à continuidade efetiva dos processos proximais ao desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996).

As características da demanda são qualidades determinantes ao desenvolvimento por terem o potencial de romper ou favorecer as reações das pessoas, no ambiente em que elas se encontram, e podem ser interpretadas ainda como o potencial da pessoa para receber afeto e atenção ou desencadear sentimentos negativos (BRONFENBRENNER, 1996).

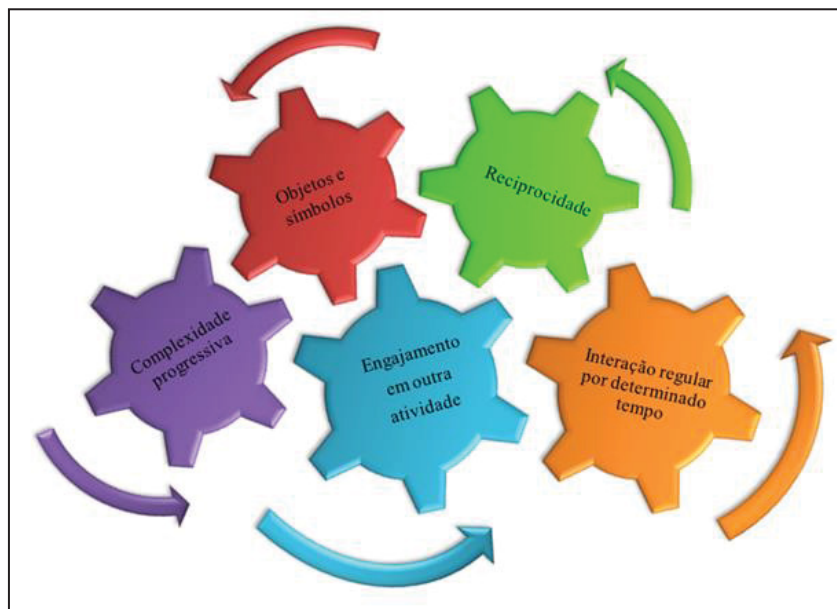
Para a compreensão desse modelo, o entendimento sobre os **processos** proximais é essencial, pois trata-se do construto fundamental, o qual ocupa o lugar central do modelo por considerar que o ser humano é um indivíduo social naturalmente e, portanto, necessita do outro para se desenvolver. Dessa forma, desde o início da vida, desenvolve interações face a face com pessoas significativas, objetos e símbolos, nos diferentes ambientes que vivencia. Essas interações são referidas como processos proximais (BRONFENBRENNER, 2011).

Os processos proximais são molas propulsoras para o desenvolvimento humano. Ao analisá-los, é possível elencar os processos de proteção e a exposição ao risco para ocorrência de resultados desenvolvimentais. A partir de uma visão ecológica, orientada pelo referencial da saúde, é possível compreender esses processos, a fim de planejar estratégias que visem à promoção da saúde (BRONFENBRENNER, 2011).

Bronfenbrenner (1996) salienta a importância da presença simultânea de cinco critérios: a pessoa deve estar engajada em uma atividade; para ser efetiva, a interação deve acontecer em uma base relativamente regular, através de períodos estendidos de tempo; as atividades devem ser progressivamente mais complexas; para que os processos proximais sejam efetivos, deve haver reciprocidade nas relações interpessoais; para que a interação recíproca ocorra, os objetos e símbolos presentes no ambiente imediato devem estimular a

atenção, a exploração, a manipulação e a imaginação da pessoa em desenvolvimento. Esses aspectos são representados na FIGURA 2.

FIGURA 2 –REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DIMENSÃO - PROCESSO. CURITIBA, 2017



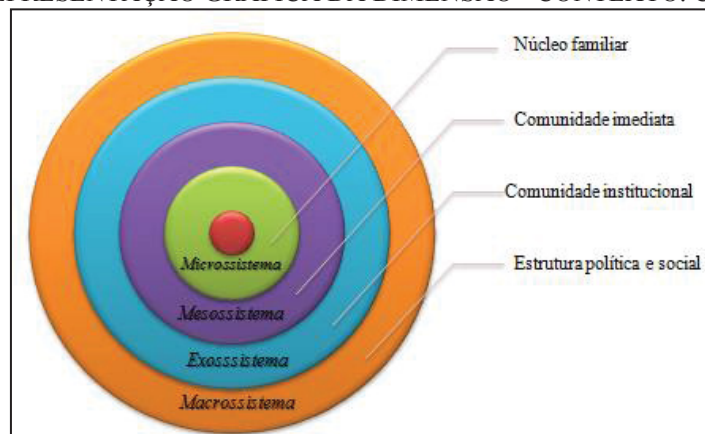
FONTE:A AUTORA. ADAPTADO DE BRONFENBRENNER (1996).

Considera-se a indissolubilidade entre a pessoa e o contexto em que o indivíduo em desenvolvimento está inserido. Por um período de tempo, as interações existentes envolvem transferência de energia entre o ser em desenvolvimento com pessoas, símbolos e objetos no seu ambiente imediato, permeado por reciprocidade entre a pessoa e o ambiente (BRONFENBRENNER, 1996).

Por serem definidos como o “motor do desenvolvimento”, os processos proximais se relacionam à maneira específica com que a pessoa em desenvolvimento interage com o ambiente imediato e, nesse processo, dois efeitos podem ser desencadeados: competências ou disfunção, os quais não são considerados como efeitos estáticos e antagônicos, mas como determinantes a partir da intensidade e da frequência da relação e período de tempo que o processo proximal ocorreu (BRONFENBRENNER, 2011).

A terceira dimensão do Modelo Bioecológico trata a respeito do **contexto**, definido a partir de quatro níveis ecológicos integrados: microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema, representados na FIGURA 3, que descreve as relações existentes entre os vários contextos que influenciam o desenvolvimento da criança (BRONFENBRENNER, 1996).

FIGURA 3 -REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DIMENSÃO - CONTEXTO. CURITIBA, 2017



FONTE:A AUTORA. ADAPTADO DE BRONFENBRENNER (1996).

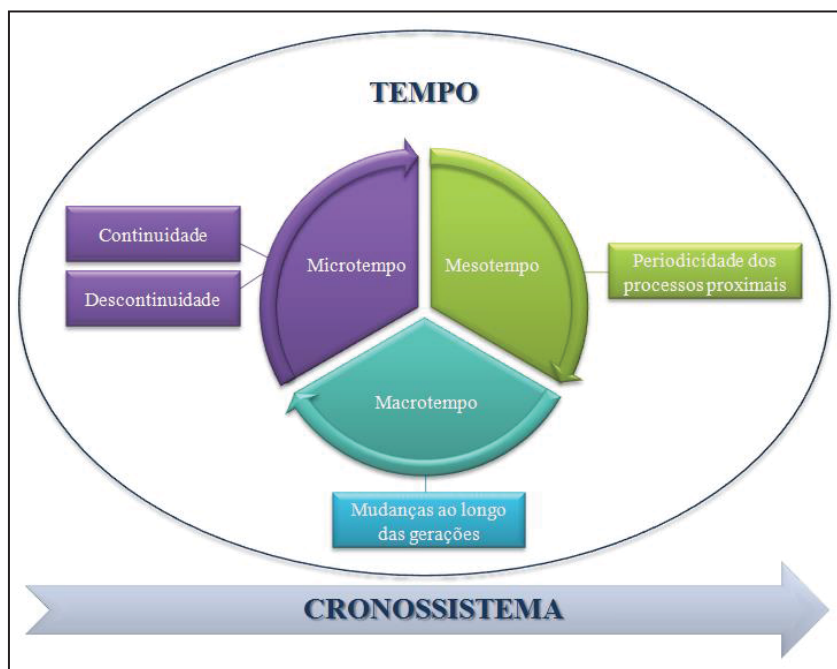
O microsistema é determinado pelas relações, papéis e padrões de atividade desenvolvida por uma pessoa em seu relacionamento com o ambiente imediato. O mesossistema, por sua vez, é analisado a partir das relações entre dois ou mais microsistemas em que a pessoa está ativamente envolvida. Outrossim, o exossistema é definido como sendo o ambiente em que a pessoa no processo não está ativamente envolvida, mas que afeta o seu desenvolvimento. E, por fim, o macrossistema permeia os demais, tendo em vista que analisa os valores e crenças de uma cultura, submersos em um corpo de conhecimento, recursos materiais, costumes, estilo de vida, estrutura de oportunidades, obstáculos e opções no curso de vida (BRONFENBRENNER, 1996).

O autor afirma que para “compreender o desenvolvimento humano focando apenas no presente é como tentar estudar a locomoção humana a partir de uma única imagem de alguém caminhando” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 148). Por meio desse recurso metafórico, deduz-se que o tempo é a dimensão essencial para compreender a complexidade do desenvolvimento humano.

O tempo é visto como um organizador emocional e social, composto pelos grandes acontecimentos históricos da humanidade, momento do desenvolvimento de cada ser e as suas mudanças no decorrer do ciclo vital. As transições nas relações entre pessoa e ambiente, durante o ciclo vital, são permeadas pela temporalidade, de modo a permitir uma visão contextualizada e coerente do desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER, 2011).

Bronfenbrenner (1996) apresenta o tempo como um sistema integrado em três níveis sucessíveis: microtempo, mesotempo e macrotempo para a compreensão mais ampla da temporalidade, como apresentado na FIGURA 4(BRONFENBRENNER, 1996, 2011).

FIGURA 4 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DIMENSÃO - TEMPO. CURITIBA, 2017



FONTE:A AUTORA. ADAPTADO DE BRONFENBRENNER (1996).

O microtempo é determinado pela ocorrência da continuidade e descontinuidade dos processos proximais e envolve o estabelecimento de rotinas, limites, horários e regras de convivências. O mesotempo diz respeito à periodicidade desses episódios durante um determinado intervalo de tempo, como dias ou semanas, e o macrotempo se relaciona às mudanças de expectativas e eventos da sociedade, por meio das gerações ao longo da vida. Destaca-se, aqui, sua importância, visto que influencia na elaboração de expectativas futuras sobre o desenvolvimento presente (BRONFENBRENNER, 2011).

A partir da compreensão das dimensões do modelo bioecológico PPCT, é possível compreender que o desenvolvimento humano é complexo e interdependente da dialética existente sobre as influências do processo, do ambiente e das características da pessoa em desenvolvimento ao longo do tempo.

4.2 NECESSIDADES ESSENCIAIS DAS CRIANÇAS

Os autores T. Berry Brazelton, pediatra, e Stanley I. Greenspan, psiquiatra infantil, ao longo de suas carreiras, trabalharam e estudaram sobre o desenvolvimento infantil. Em um sentido mais amplo e integral, buscaram identificar as necessidades essenciais, os tipos de cuidados sem os quais as crianças não poderiam crescer, aprender e se desenvolver (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

Os autores reconhecem que os primeiros anos na vida de uma criança representam o período mais crítico e mais vulnerável no seu desenvolvimento e são ingredientes ativos para o crescimento intelectual, emocional e moral. As necessidades mínimas defendidas pelos autores representam um direito inalienável de toda criança, que não deve ser ignorado (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

Diante disso, o referencial de Brazelton e Greenspan (2002) contribui para evidenciar a importância dos cuidados às necessidades essenciais das crianças, nos primeiros anos de vida, o que corrobora com o estudo em questão. Com essa finalidade, identificaram-se seis necessidades básicas das crianças e que representam a pedra fundamental para as capacidades emocionais, sociais e intelectuais de mais alto nível (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

São elas: as de relacionamentos sustentadores contínuos; as de proteção física, segurança e regulamentação; as de experiências que respeitem as diferenças individuais; as de experiências adequadas ao desenvolvimento; as do estabelecimento de limites, organização e expectativas; e, por fim, as de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

A **necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos** é alcançada quando se estabelece um vínculo entre o cuidador e a criança, por meio das interações contínuas que ocorrem nas situações cotidianas permeadas por atenção e amorosidade (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

A **necessidade mínima de proteção física, segurança e regras** está relacionada ao provimento adequado de alimentos para o sustento, promoção do sono e repouso da melhor forma possível, realização da higiene corporal, por meio de banhos, troca de fraldas, higiene oral, estabelecimento de cuidados voltados à prevenção de acidentes comuns na infância, proteção contra doenças transmissíveis e infecções, busca atenta por tratamento precoce ao aparecimento de qualquer sintoma de doença ou incômodo à saúde, participação ativa no programa de vacinação, entre outros (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

Para suprir as **necessidades de experiências que respeitem as diferenças individuais**, deve-se identificar o perfil único de cada criança e sua sutileza nas infinitas variações, além de compreender que cada criança terá assimilações e respostas diferentes de acordo com o contexto em que ela vive e as interações proporcionadas e evitar comparações e estabelecimento de modelos de comportamento (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

À proporção que as crianças crescem, elas dominam diferentes estágios do desenvolvimento. Em cada estágio, certas experiências são essenciais para que as **necessidades de experiências adequadas ao desenvolvimento** sejam supridas, na medida em que ela negocia um novo estágio do desenvolvimento e continua a requerer as interações associadas aos estágios anteriores. Portanto, o desenvolvimento infantil, em cada estágio, deve ser observado para que sejam fornecidas oportunidades para a aprendizagem de novas habilidades motoras, cognitivas, afetivas, sociais e de linguagem, além de novos comportamentos (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

As **necessidades de estabelecimento de limites, organização e expectativas** são efetivadas enquanto a disciplina é ensinada, transmitida e sustentada. Essa necessidade deve ser permeada por empatia e sentimentos positivos, ajudando as crianças no controle dos seus próprios impulsos de forma gradativa. A disciplina física efetivada por meio da violência é uma punição não aceitável; por outro lado, a falta de disciplina e limites pode ser prejudicial ao desenvolvimento. Busca-se desenvolver na criança a compreensão das razões que orientem os comportamentos e o senso de domínio de si (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

Diante de todas as necessidades discutidas anteriormente, as **necessidades de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural** são componentes vitais do desenvolvimento, pois fornecem o contexto ou a estrutura para as demais necessidades mínimas já apresentadas. Fornecem senso de identidade, crença, hábitos, costumes, valores e coesão próprios, além de estabelecerem-se em uma rede de cuidados com interação de diferentes pessoas que fazem parte do desenvolvimento da criança (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

As necessidades apresentadas representam experiências e cuidados aos quais todas as crianças têm direito, sendo papel da sociedade, em geral, não as ignorar, mas investir em atitudes e políticas voltadas à criança e à família para o cuidado sustentador, pois se essas não forem satisfeitas, pode-se comprometer a capacidade das futuras gerações em manter suas famílias e a garantia de estabilidade econômica e política (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

4.3 MATRIZ ANALÍTICA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE PREMATUROS NA PERSPECTIVA DAS NECESSIDADES ESSENCIAIS

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (BRONFENBRENNER, 2011) e das Necessidades Essenciais das Crianças (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002) são utilizadas em pesquisas na área da enfermagem e reconhecidas pelos autores em virtude das suas contribuições na ampliação e na compreensão dos efeitos sobre o desenvolvimento infantil, assim como pelo potencial na orientação da melhor escolha aos cuidados na integralidade e na promoção da saúde numa fase extremamente importante da vida (LE MOS; VERÍSSIMO, 2015; MELLO et al., 2014; VERÍSSIMO, 2017).

Porém, a literatura científica atual, embora rica, pouco tem explorado sobre o desenvolvimento infantil, especificamente de prematuros, para além de seus aspectos biológicos, incluindo aspectos psicológicos, sociais e políticos, e a identificação de intervenção nas questões vitais ao desenvolvimento (BENAVENTE-FERNÁNDEZ, 2019; BERNAL; RAMÍREZ, 2019).

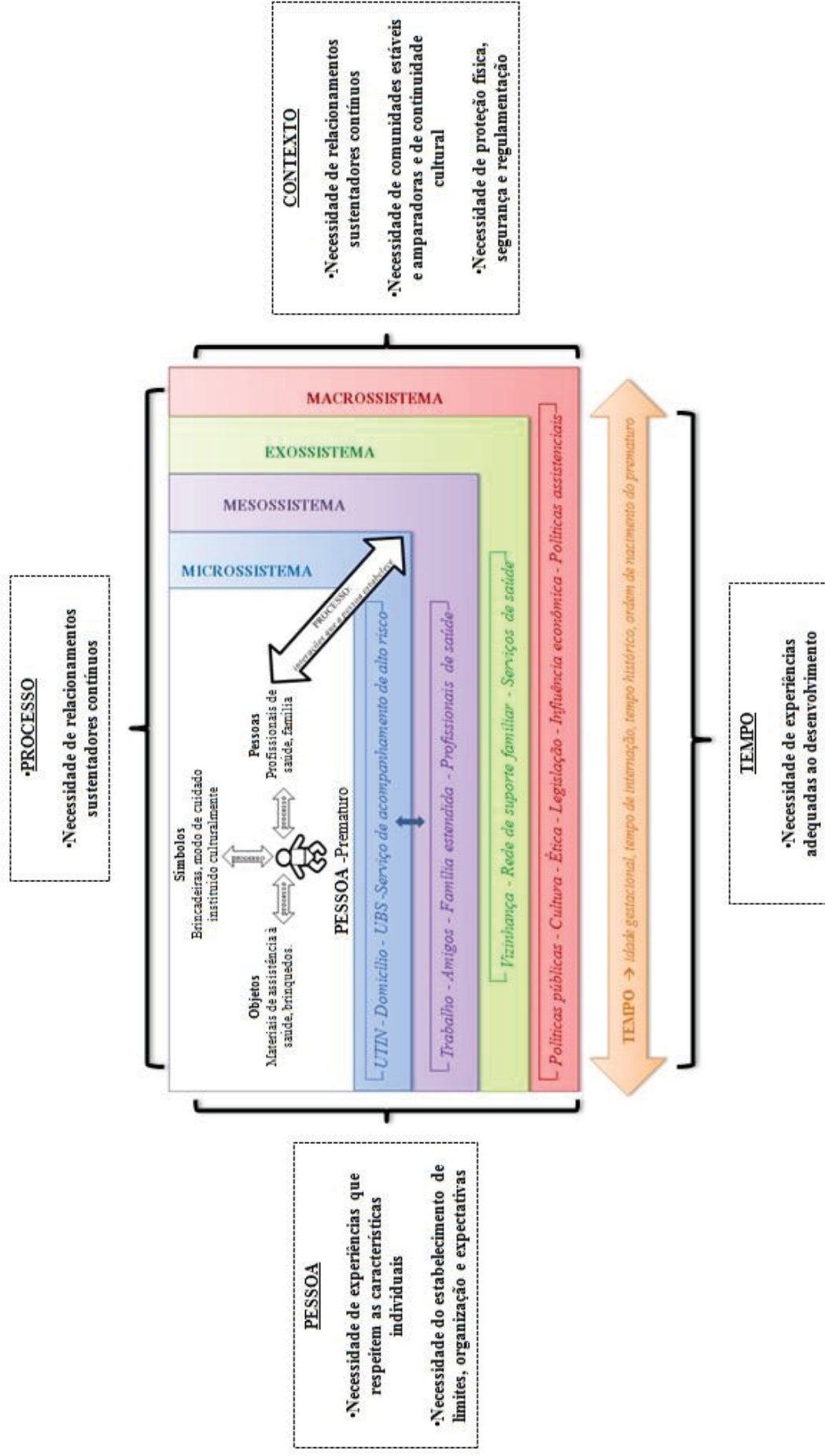
Assim, para apreender essa realidade, de acordo com as características necessárias ao desenvolvimento infantil de prematuros, pautadas nesses preceitos teóricos, configurou-se como um desafio a proposição de uma matriz analítica, devido à inexistência de um construto teórico relativo a esse contexto específico.

Dessa forma, com a intenção de ampliar os horizontes na pesquisa de ações que refletissem a totalidade do ser humano, nesse caso, o recém-nascido prematuro, com vistas ao desenvolvimento infantil, elaborou-se uma matriz analítica para pontuar convergências e divergências dos conteúdos dos dois referenciais e evidenciar a interface de conceitos existentes entre a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (BRONFENBRENNER, 2011) e a das Necessidades Essenciais das Crianças (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

Para a elaboração da matriz, foram levantados, na literatura, os principais conceitos de cada um dos referenciais; em seguida, eles foram analisados criticamente para buscar elementos que se assemelhavam e apresentavam correspondência entre si. A seguir, buscou-se confrontar os elementos conceituais, correspondentes à literatura internacional e à nacional, atinentes ao tema, a fim de propor sua aplicação na prática assistencial. Ressalta-se que não se trata de um estudo de revisão sistemática da literatura, e, portanto o material utilizado foi obtido em diferentes bases de dados, sem critérios de inclusão ou exclusão previamente estabelecidos.

A escolha desses referenciais pauta-se na amplitude que a Teoria Bioecológica possui, pois trata do Desenvolvimento Humano em qualquer fase da vida e agrega dimensões para além do biológico. Assim, emergiu a necessidade de fazer uma interface com um referencial que apresentava conceitos específicos para a infância, elegendo-se as Necessidades Essenciais das Crianças para esse fim (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

FIGURA 5- MATRIZ ANALÍTICA PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL PREMATURO DIANTE DAS NECESSIDADES ESSENCIAIS. CURITIBA, 2019



FONTE: A AUTORA (2019).

A partir da síntese apresentada na FIGURA 5 buscou-se sustentar teoricamente os conceitos descritos para a análise do desenvolvimento infantil prematuro.

Para a **dimensão pessoa**, cotejamos as necessidades **de experiências que respeitem as características individuais**, e a **deestabelecimento de limites, organização e expectativas**. Os elementos acerca da pessoa em desenvolvimento, nesse caso o prematuro, influenciam os processos proximais e seu ambiente imediato, a partir das necessidades de fornecer experiências que respeitem as características individuais, de modo a orientar a família a conhecer as características específicas do prematuro e superar as comparações que a família tece com crianças nascidas a termo (MINDE; ZELKOWITZ, 2008). O estabelecimento de limites apresenta-se como a necessidade de maior dificuldade para as famílias lidarem no cuidado ao prematuro após a alta, devido à postura de superproteção pela história de internamento, instabilidade vital e a fragilidade do prematuro superestimada pela família (GRANERO-MOLINA et al., 2019; MINDE; ZELKOWITZ, 2008).

A **dimensão processo** relaciona-se com as **necessidades de relacionamentos sustentadores e contínuos** e exerce um papel crucial no desenvolvimento. Quando não se tem os elementos para fortalecer essa necessidade, o desenvolvimento infantil poderá ficar comprometido e irá precisar da atenção profissional e de todos os membros da família (ADAMA; BAYES; SUNDIN, 2016).

A **dimensão contexto** foi a que apresentou mais vetores de proximidade com aspectos das necessidades essenciais das crianças, ao incluir a **necessidade de proteção física, segurança e regras, de comunidades estáveis, amparadoras e de continuidade cultural e de relacionamentos sustentadores contínuos**.

O **microssistema** é o contexto em que mais intensamente se estabeleceram relações com os relacionamentos sustentadores contínuos, além de ser o cenário em que as práticas, cuidados e relações interpessoais acontecem com maior frequência. Na realidade analisada, inicialmente a UTIN é o contexto “temporário” e posteriormente o domicílio.

Ao relacionar o contexto com a necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural, há que se considerar a integração efetiva entre o **mesossistema** e o **exossistema**, de modo a superar possíveis falhas da rede de assistência, na busca pela articulação de diferentes setores da sociedade com elaboração de ações para promoção do desenvolvimento infantil.

A interface estabelecida entre proteção física, segurança, regras e o **macrossistema**, por sua vez, tem implicações nos demais sistemas, sobretudo no **microssistema**, pois pauta-se na vulnerabilidade que o prematuro *per se* apresenta, e vai ser estabelecida a partir do “cuidado

redobrado” baseado em crenças de gerações precedentes, soma-se a isso a história vivida no internamento e período de instabilidade vital.

Na **dimensão tempo**, há correlação com as **experiências adequadas ao desenvolvimento**. Destaca-se a importância da longitudinalidade para promoção do desenvolvimento infantil no contexto da prematuridade, em que a família deve ser empoderada para fornecer os cuidados necessários ao melhor desenvolvimento possível e, dessa forma, minimizar a vulnerabilidade atrelada à prematuridade (GRIFFITHS et al., 2019). Assim, as oportunidades de desenvolvimento modificam-se e tornam-se favoráveis para que a criança possa se desenvolver de acordo com as necessidades essenciais do período cronológico que vive (MSALL, 2019).

A elaboração da matriz aponta um fio condutor que une elementos teórico-conceituais da Teoria Bioecológica com as necessidades essenciais das crianças e os torna um eixo estrutural para promoção do desenvolvimento infantil de uma população com vulnerabilidade, face à prematuridade. Destarte, a compreensão teórica-conceitual desse construto permite elaboração de intervenções com potencial para apoiar os profissionais de saúde a exercer uma prática promotora para o desenvolvimento infantil, além de subsidiar políticas públicas intersetoriais implementadas com ênfase na atenção integral à saúde da criança por meio de ações de promoção à saúde, em todos os contextos, e que estas sejam efetivas a fim de atender as necessidades essenciais ao desenvolvimento infantil.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Nesta seção, será apresentado o delineamento deste estudo. Para tanto, serão abordados os seguintes tópicos: tipo de pesquisa; contexto; unidade de análise; procedimento para coleta e análise das evidências; e, por fim, aspectos éticos, conforme o delineamento que se segue.

5.1 TIPO DE PESQUISA

Para a concretização do objetivo proposto, foi realizada uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva e exploratória, do tipo estudo de caso, a qual foi embasada no referencial metodológico de Yin (2015) e no referencial teórico da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (BRONFENBRENNER, 2011) e das Necessidades Essenciais das Crianças (BRAZELTON E GREENSPAN, 2002) conforme apresentado na Figura 5 – Matriz analítica para o desenvolvimento infantil prematuro diante das necessidades essenciais por Bronfenbrenner e as necessidades essenciais. Dessa forma, esta pesquisa possui a seguinte proposição:

“A compreensão da vivência da família na transição ecológica de crianças prematuras, egressas de UTIN, segundo o modelo bioecológico e as necessidades essenciais, subsidia o cuidado de enfermagem para fortalecer as famílias na promoção do desenvolvimento infantil.”

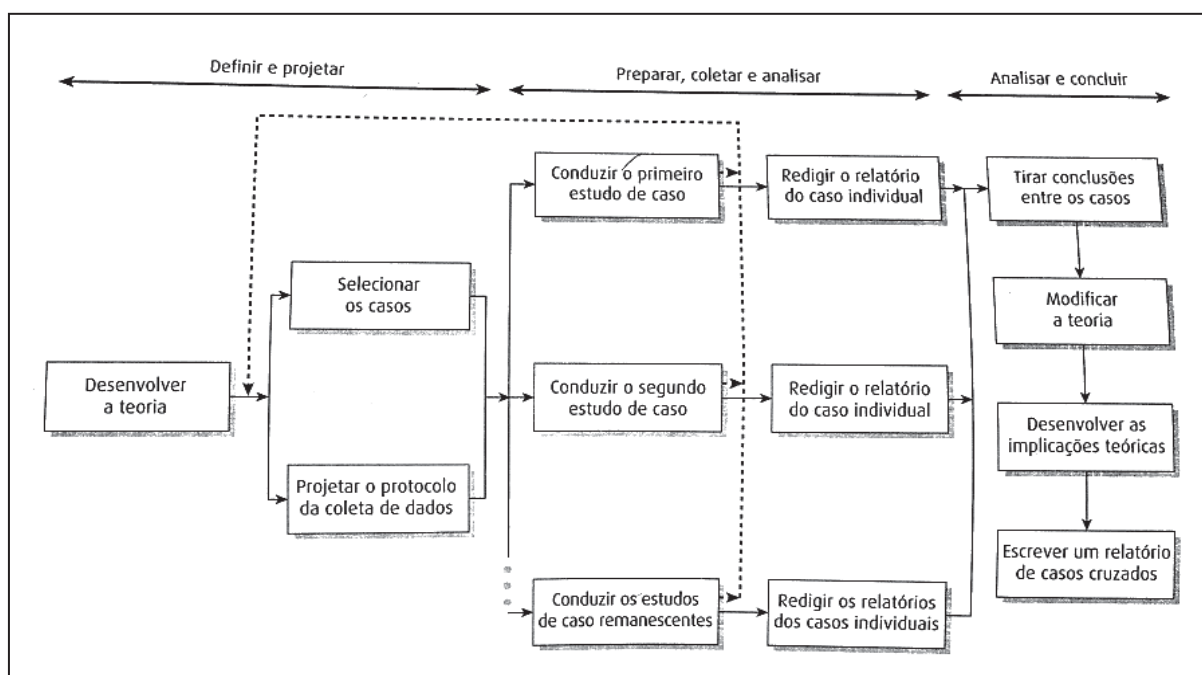
A proposição em um estudo de caso é um componente facultativo, porém, tem como objetivo direcionar o autor para algo a ser avaliado. Neste caso, o foco foi a transição ecológica das famílias, com vistas ao desenvolvimento infantil de crianças nascidas prematuras.

O método de estudo de caso foi escolhido, pois, segundo a definição teórica de YIN (2015), é uma investigação empírica que investiga fenômenos sociais complexos em profundidade, dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos e permitem ao pesquisador obter uma perspectiva holística sobre o caso estudado (YIN, 2015).

A referida pesquisa trata de casos descritivos e múltiplos, pois estes visam descrever o evento e os múltiplos casos desenvolvidos simultaneamente. Uma das vantagens de

desenvolver estudo de casos múltiplos é a fidedignidade dos dados, pois ele desenvolve uma pesquisa com uma reprodução da mesma teoria em todos os casos, ou ainda uma contraposição entre os casos analisados, além de permitir replicações suficientes para convencer o leitor de um fenômeno geral a partir do princípio da replicação literal, conforme representado na FIGURA 6 (YIN, 2015).

FIGURA 6 –ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS. CURITIBA, 2020

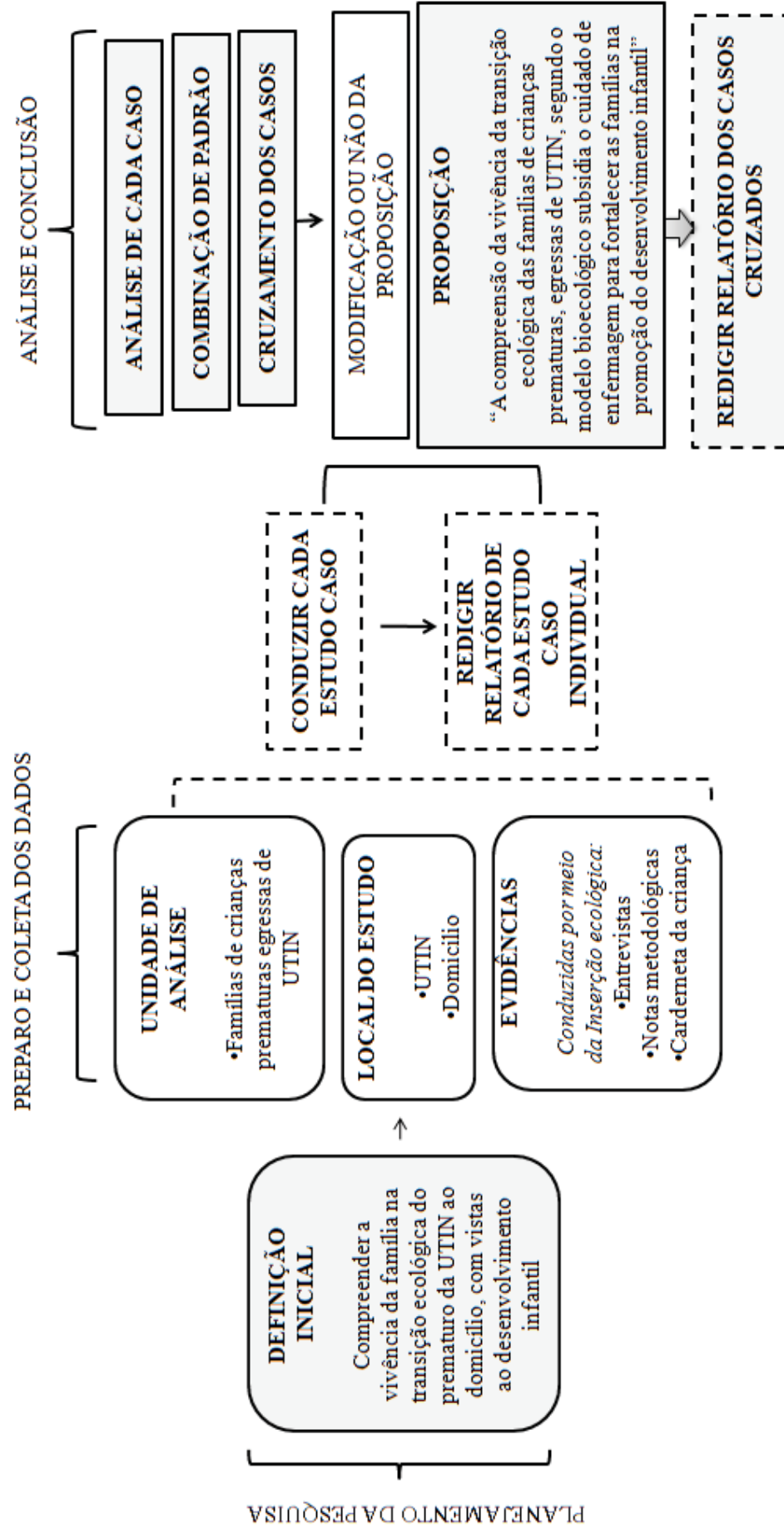


FONTE: YIN (2015).

A figura acima representa o delineamento do estudo de casos múltiplos, em que inicialmente se desenvolve uma teoria; posteriormente selecionam-se os casos e a definição das medidas específicas para a coleta das evidências. Considera-se que cada caso individual seja conduzido e que a evidência convergente seja procurada em relação aos fatos e às conclusões do caso, replicada por outros casos individuais.

No relatório individual, deve-se indicar se a proposição inicial foi ou não demonstrada, além de permitir a extensão lógica da replicação. Na sequência, tira-se a conclusão entre os casos, relacionando-os à teoria selecionada no início do projeto, desenvolvem-se as implicações teóricas necessárias e segue-se ao relatório dos casos cruzados (YIN, 2015). A base estrutural da pesquisa pode ser observada, sinteticamente, na FIGURA 7, a qual ilustra o delineamento metodológico desta pesquisa.

FIGURA 7 – BASE ESTRUTURAL METODOLÓGICA DA PESQUISA. CURITIBA, 2020.



FONTE: A AUTORA, 2019. ADAPTADO DE YIN (2015).

Dessa forma, o estudo de casos múltiplos permite a construção de uma explicação geral, que se ajusta a cada caso individual, mesmo que os casos apresentem detalhes variados, e é análogo à criação de uma explicação geral na ciência para os achados experimentais múltiplos, contribuindo para a compreensão da vivência da família na transição ecológica do prematuro da UTIN ao domicílio, com vistas ao desenvolvimento infantil.

Inicialmente, para definição da estrutura do estudo, foram delineados o objeto, o objetivo e a questão norteadora. Em seguida, elaborou-se o protocolo de pesquisa com base nos seguintes elementos: histórico pessoal e profissional da pesquisadora; questão de pesquisa; objetivos; referencial teórico; definição da unidade de análise; período e locais para coleta de dados e a síntese da matriz utilizada nas entrevistas. Posteriormente, foi realizado o planejamento para coleta e análise de dados (YIN, 2015), tendo em vista o uso do modelo bioecológico na busca de uma investigação ecologicamente válida, pois prevê que a pesquisa seja executada num ambiente natural e que envolva objetos e atividades da vida cotidiana. Para tanto, foi utilizado o método de inserção ecológica para esta investigação científica (BRONFENBRENNER, 1996).

Segundo os autores Ceconello e Koler (2003), essa inserção permite a validade ecológica dos dados coletados, pois implica compreender como os participantes vivenciam os ambientes em que estão inseridos. Propõem o seu uso como uma metodologia para operacionalizar a abordagem dos quatro núcleos do modelo bioecológico (PPCT), apoiada em cinco aspectos:

- a) Pesquisadores e participantes interagem e se engajam em uma tarefa comum (CECONELLO; KOLER, 2003);
- b) Há a necessidade de diversos encontros, ao longo de um considerável período de tempo (CECONELLO; KOLER, 2003);
- c) Encontros informais progredirão para conversas que devem abordar temas cada vez mais complexos, chegando a ter duração igual ou superior a uma hora (CECONELLO; KOLER, 2003);
- d) Os processos proximais que se estabelecem nesses encontros servem de base para todo o processo de pesquisa. É fundamental a postura de informalidade e conversa com os sujeitos para possibilitar o diálogo sobre pontos não diretamente relacionados ao objetivo do estudo (CECONELLO; KOLER, 2003);
- e) Os temas abordados nas entrevistas são interessantes e estimulantes para os pesquisadores e para os participantes, pois exploram as histórias de vida e a forma como se dá

o desenvolvimento da pessoa inserida no contexto em estudo (CECONELLO; KOLER, 2003).

5.2 CONTEXTOS DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no município de Guarapuava - Paraná, devido a uma experiência prévia da pesquisadora, além da ausência, nesse município, de serviços de *follow up* para crianças nascidas prematuras.

Guarapuava está situada no centro-oeste do Estado do Paraná, a 255 km da capital, Curitiba, e é sede da 5ª regional de saúde. Segundo dados do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), a população da cidade, em 2019, foi estimada em 181.504 habitantes, com uma população de crianças menores de 1 ano de 2.476 (IPARDES, 2019).

O índice de desenvolvimento humano do município, nesse mesmo período, foi de 0,731 e a renda per capita, em 2019, foi de R\$ 29,31. No que diz respeito aos estabelecimentos de saúde do município, possui um hospital de pequeno porte e dois hospitais de médio porte, estes com serviços de Terapia Intensiva Neonatal, os quais totalizam 364 leitos hospitalares registrados no Cadastro Nacional de Saúde (CNES), além de 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (IPARDES, 2019).

Descrevendo o município, de acordo com o seu perfil epidemiológico, nota-se que no triênio de 2015-2017, disponível para a consulta no DATASUS, ocorreram 1.125 nascimentos com menos de 36 semanas de gestação e 722 crianças nasceram com menos de 2499 g no mesmo período. Em relação à taxa de mortalidade infantil, em menores de 1 ano, foi de 9,48 e, em menores de 5 anos, foi de 11,44 a cada mil nascidos vivos em 2019. Já a taxa de mortalidade materna foi de 11,43 no ano de 2017 (DATASUS, 2019; IPARDES, 2019; GUARAPUAVA, 2018).

Em relação às políticas de atenção materno-infantil, o município de Guarapuava, seguindo as orientações do MS e da Secretaria Estadual de Saúde, lançou em 2013 o Programa Mãe Guará, o qual prevê a garantia de que todas as gestantes e crianças tenham acesso a todos os cuidados e à tecnologia necessária em cada caso, a partir do conhecimento da rede de serviços de saúde.

Além do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças ocorrer nas UBS, as crianças de alto risco, como no caso dos prematuros, também são acompanhadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde de Guarapuava (CISGAP), onde as

crianças e suas famílias são assistidas por equipe multiprofissional, composta por pediatra, enfermeiro, nutricionista, psicóloga e fisioterapeuta, além de realizar consultas com especialidades e exames de alta complexidade (GUARAPUAVA, 2013).

Mais especificamente, os contextos de pesquisa foram: a unidade de terapia intensiva neonatal, por ser o local em que foram prestados os cuidados iniciais à vida, e o domicílio, pois é onde a criança recebe os cuidados básicos pela família e onde os processos proximais se estabelecem.

No que se refere à UTIN, foram incluídos todos os hospitais que fazem parte da 5ª regional de saúde.

Um dos hospitais que fez parte da pesquisa foi fundado em 02 de fevereiro de 1913 e conta atualmente com 154 leitos ativos, 121 dos quais são conveniados ao SUS. A unidade neonatal foi inaugurada no dia 26 de outubro de 2012 e possui oito leitos para internamentos de alta complexidade.

O serviço conta com uma equipe formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeuta e nutricionista. A equipe de enfermagem da unidade é composta por quatro enfermeiras, que trabalham em regime de 12 horas de trabalho e 36 horas de folga, e doze técnicas de enfermagem, com jornada de 6 horas de trabalho e 18 horas de folga, com uma folga semanal, mediante substituição. A equipe médica é formada por seis pediatras, sendo um intensivista neonatal, responsável técnico do setor. Os profissionais médicos trabalham em regime de plantão, com duração média de 12 horas.

A organização do trabalho da enfermagem, nesse setor, dá-se mediante o cuidado fragmentado, em que as funções são designadas aos funcionários por meio da elaboração de escalas de atividades semanais, nas quais cada funcionário fica responsável por uma das quatro atividades: sinais vitais, medicação, banho e prontuário.

As visitas acontecem diariamente em dois horários: às 09:00 horas e às 17:00 horas, com 30 minutos de duração, sendo que as quartas-feiras são destinadas às visitas dos avós. As mães dos RNs internados permanecem durante o dia no próprio hospital, em um ambiente destinado ao descanso, para que possam amamentar seus bebês a intervalos de 3 em 3 horas, quando existe tal indicação.

O outro hospital que fez parte da pesquisa possui atualmente 162 leitos ativos. Destes, 74 são conveniados ao SUS e oito destinados à unidade de terapia intensiva neonatal.

Nessa instituição, a equipe neonatal é composta da mesma maneira por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeuta e nutricionista. A equipe de enfermagem conta com quatro enfermeiras, que trabalham em regime de 12 horas de trabalho e 36 horas de

folga, 14 técnicas de enfermagem, com jornada de 6 horas de trabalho e 18 horas de folga e uma folga semanal, quando é substituída por técnica de enfermagem folguista, prevista em escala. Em relação à equipe médica, esta é formada por seis pediatras, sendo um intensivista neonatal, responsável técnico pelo setor. Os profissionais médicos trabalham em regime de plantão, com duração média de 6 horas durante o dia e 12 horas noturnas.

No que diz respeito à organização do trabalho diário de enfermagem, nessa UTIN, ocorre da mesma maneira que na outra instituição, por meio do cuidado fragmentado. As visitas acontecem diariamente em dois horários: às 09:00 horas e às 17:00 horas, com 30 minutos de duração, sendo que as quintas-feiras são destinadas às visitas dos avós e irmãos. As mães dos RNs internados podem permanecer durante o dia e a noite em um quarto destinado ao descanso, para que possam amamentar seus bebês a intervalos de 3 em 3 horas, quando existe tal indicação ou para evitar deslocamento.

5.3 UNIDADES DE ANÁLISE

Esse termo é utilizado pelo autor para estabelecer o problema fundamental e definir o caso a ser estudado, que pode ser algum evento ou entidade, além de um indivíduo (YIN, 2015). No caso da presente pesquisa, a unidade de análise foram famílias de crianças nascidas prematuras, hospitalizadas em UTIN. Segundo Bronfenbrenner (1996), a família é a fonte mais rica de investigações sobre desenvolvimento.

Assim, este estudo foi constituído por 15 familiares, de 9 famílias compostas por prematuros (*criança índice*), residentes no município de Guarapuava. Compuseram a amostra total deste estudo: nove mães, quatro pais, uma avó e uma tia. Ressalta-se que os participantes não conheciam a pesquisadora previamente, mas foram informados sobre a formação da pesquisadora, o interesse pelo tema e os objetivos da pesquisa.

Ao determinar uma pesquisa de casos múltiplos, o número de casos supostamente necessários ou suficientes para o estudo não utiliza uma lógica de amostragem, os critérios típicos adotados em relação ao tamanho da amostragem são apontados pelo autor como irrelevantes. Para uma escolha discricionária e judiciosa, a seleção do número de replicações dependerá dos resultados obtidos nos casos múltiplos (YIN, 2015). Portanto, foram incluídas todas as famílias que se enquadravam nos critérios de inclusão, durante o período da coleta de dados, não havendo recusas.

Foram adotados como critérios de inclusão: familiar de crianças residentes no município de Guarapuava-PR, nascidas no ano de 2018, por ocasião da pesquisa, que

permaneceram hospitalizadas na UTIN por no mínimo 15 dias, para ter aproximação com o contexto analisado e classificadas como prematuras com menos de 37 semanas de gestação. Foram excluídas as que apresentaram malformação congênita, síndromes genéticas ou paralisia cerebral. Como critérios de descontinuidade do caso foram adotados: óbitos, mudança de cidade ou desejo expresso da família.

No presente estudo, ocorreram duas descontinuidades de caso, uma por motivo de óbito da criança e outra por mudança de cidade. Dessa forma, foram conduzidos nove casos completos com quatro encontros cada.

Cada família foi convidada a participar da pesquisa e, ao aceitar, o estudo do caso foi iniciado após 15 dias de internação na UTIN e conduzido, individualmente, em três visitas domiciliares, após a alta da criança. Portanto, foram realizados quatro encontros com cada família, sendo o primeiro na UTIN e três visitas ao domicílio.

A primeira visita domiciliar ocorreu uma semana após a alta, a segunda após 30 dias da primeira e o encerramento após 30 dias da segunda visita. A definição desses períodos pauta-se na escolha do referencial teórico de Bronfenbrenner, que privilegia estudos que acompanham o desenvolvimento humano por um período de tempo.

Foram realizados quatro encontros com cada uma das nove famílias. No quarto encontro, durante a visita domiciliar, na entrevista, nenhum elemento novo foi relatado e os discursos obtidos anteriormente foram suficientes para a compreensão do fenômeno.

5.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE EVIDÊNCIAS

5.4.1 Protocolo do estudo de caso

Para a realização de uma pesquisa do tipo estudo de caso, a elaboração de um protocolo é uma parte metodológica importante, pois aumenta a confiabilidade e orienta o pesquisador durante a coleta dos dados. O protocolo permite uma visão geral do estudo de caso, quais os procedimentos de coleta de dados adotados, questões de coleta de dados e um guia para redigir o relatório do estudo de caso (YIN, 2015).

Dessa forma, todos os passos metodológicos para a coleta de dados foram considerados, desde aspectos teóricos até aspectos éticos, definição da unidade de análise, objetivo, questão norteadora, quais evidências coletar, instrumentos e teste piloto.

5.4.1.1 Teste piloto

Em um estudo de caso, o teste piloto tem caráter formativo e ajuda a definir os planos para a coleta de dados, tanto em relação ao conteúdo quanto aos procedimentos a serem seguidos, portanto, auxilia no detalhamento do protocolo elaborado para a condução do estudo de caso (YIN, 2015).

Na presente pesquisa, dois casos foram conduzidos como teste piloto e não foram utilizados na análise de dados. Ao final da realização do teste piloto, houve refinamento do protocolo de estudo de caso, especialmente na revisão das questões, a fim de facilitar o entendimento das perguntas pelos participantes, e na maneira de condução de cada caso para corroborar uma melhor compreensão da entrada do pesquisador no contexto a ser explorado.

5.4.1.2 Coleta de evidências

No desenvolvimento da pesquisa, do tipo estudo de caso, o termo “evidência” se refere a todos os dados de pesquisa que possam ser coletáveis e analisáveis. As evidências podem vir de seis fontes distintas: documentos, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos (YIN, 2015).

No que se refere a esta pesquisa, o período de coleta de evidências iniciou-se em abril de 2018 e foi encerrado em janeiro de 2019, e foi norteado pelas seguintes fontes:

Documentos: dados da carteirinha da criança. Com eles, foram levantadas informações relativas a dados do nascimento, crescimento e desenvolvimento, registro de consultas e vacinação (APÊNDICE A).

Registros em arquivo: A tomada de notas de campo, método valioso na pesquisa qualitativa (YIN, 2016), foi utilizada para registrar os dados coletados, durante a Inserção Ecológica, na qual o pesquisador situa-se ao ambiente da vida real em estudo, participa e observa enquanto também coleta dados e toma notas sobre o ambiente de campo, seus participantes, eventos e relações interpessoais. Os registros foram realizados na unidade neonatal e no domicílio, para cada encontro.

Entrevistas semiestruturadas: entrevistas realizadas com familiares das crianças prematuras. A entrevista consiste em uma das fontes mais importantes de informação do estudo de caso (YIN, 2015). Nesse momento, identificou-se o cuidador mais presente e quem ele citou como mais próximo à criança. Estes também foram convidados a participar da

pesquisa. O caso foi iniciado a partir da realização da primeira entrevista e as demais posteriormente à alta, durante as visitas domiciliares (APÊNDICE B).

Todas as entrevistas foram realizadas pela mesma pesquisadora. A duração média delas variou entre 27 minutos e 1 hora e 45 minutos, audiogravadas e transcritas posteriormente. As transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora e, em seguida, foram devolvidas aos participantes por meio do aplicativo de mensagem WhatsApp®, para que corrigissem e revisassem, se necessário fosse, porém, nenhum dos entrevistados solicitou correção das entrevistas.

Para identificação dos participantes do estudo, foi utilizada a relação de parentesco com a criança (mãe, pai, avó, tia), seguida do número do estudo de caso (*ec 1, ec 2, ec 3... ec 9*) e qual o número do encontro em que a entrevista foi realizada (*UTIN, vd1, vd2, vd3*), por exemplo (*mãe – ec1 – vd1*).

Durante as entrevistas, foram elaboradas junto às famílias o genograma e ecomapa. Trata-se de uma representação gráfica das famílias por meio de símbolos, os quais mostram suas características, relacionamentos e representação do contexto familiar. Os genogramas foram elaborados pela própria pesquisadora, junto à família, durante a primeira entrevista no domicílio, por considerar um momento de menor tensão emocional e maior aproximação com a família, o que configura uma estratégia para que processos proximais, entre pesquisador e família, pudessem ser estabelecidos de forma mais consistente.

O genograma fornece um diagrama da estrutura e das relações familiares, por meio de símbolos, mostrando características, relacionamentos e importantes eventos vividos pelas gerações familiares. O ecomapa proporciona a imagem de um sistema social mais amplo, a respeito de com quem a família interage, com o qual é possível definir os elementos mais significativos que a família estabelece e identificar a natureza deles, por meio da intensidade dos vínculos afetivos (WRIGHT; LEAHEY, 2008).

O software online livre “Álbum de Família” do NESCON (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva) foi utilizado na produção dos genogramas e ecomapa das nove famílias acompanhadas, disponível por meio de cadastro no site e registro das informações obtidas com cada família (NESCON). Os símbolos utilizados na elaboração de um genograma podem diferir de autor para autor. Logo, neste estudo, optou-se por apresentar a simbologia proposta pelo próprio software.

As evidências selecionadas para a análise, bem como os procedimentos e recursos utilizados, estão sumarizados e descritos no quadro 1.

QUADRO1 – EVIDÊNCIAS E PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA COLETA

EVIDÊNCIA COLETADA	PROCEDIMENTO	RECURSOS
Documentos (APÊNDICE A)	- Dados da carteirinha da criança;	- Instrumento; - Canetas.
Registros em arquivo: Notas de campo	- Todos os aspectos julgados pertinentes ao estudo foram transcritos e posteriormente analisados; - A observação foi direcionada ao contexto familiar que favorece o desenvolvimento infantil; - Todas as situações do cotidiano, verificadas nos momentos dos encontros, foram anotadas em um caderno. Ao final, as várias notas foram transcritas para posterior análise.	- Caderno; - Canetas.
Entrevistas (APÊNDICE B)	- As entrevistas foram realizadas em ambiente calmo, sem ruídos, garantindo tranquilidade para a coleta dos dados; - Foi utilizado um instrumento contendo perguntas semiestruturadas; - A entrevista teve duração máxima de 1 hora e 20 minutos e mínima de 27 minutos; - Foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas e o seu conteúdo analisado. - O registro do genograma e do ecomapa foi realizado em ambiente domiciliar; uma folha em branco foi utilizada para o esboço do genograma e, posteriormente, construído no software online livre o “Álbum de família – NESCON”; posteriormente foi apresentado à família para conferência de possíveis equívocos na confecção gráfica.	- Instrumento; - Dois gravadores de voz. - Caderno; - Canetas; - Software “Álbum de Família”, do NESCON.

FONTE: A autora (2019).

5.5 ANÁLISE DE EVIDÊNCIAS

Como estratégia analítica geral, este estudo conta com proposição teórica geral que guiou a análise. Yin (2015), propõe ainda que as evidências sejam analisadas por meio da estratégia analítica específica, a qual utiliza a combinação de padrão e síntese de casos cruzados.

A combinação de padrão compara um padrão baseado no empirismo com um padrão previsto antes da coleta, na busca pela semelhança desses padrões para fortalecer a validade interna das evidências. A síntese de casos cruzados permite constatações robustas do fenômeno analisado, com a ligação dos dados do estudo de caso aos conceitos de interesse (YIN, 2015).

Para a combinação padrão, foram analisados os discursos transcritos individualmente e reunidos em padrões empíricos. Posteriormente, estes foram combinados a partir dos referenciais teóricos utilizados na pesquisa (YIN, 2015).

Para síntese de casos cruzados, foram retomadas as proposições teóricas iniciais, definidas para o estudo de caso, e as evidências foram organizadas para descrever e explicar as condições mais relevantes, guiadas pela teoria inicial, tomadas por uma estrutura uniforme

inicial que conduz todos os casos da mesma maneira, a fim de tirar conclusões cruzadas dos casos na análise qualitativa dos mesmos (YIN, 2015).

As evidências foram transcritas, resultando em 331 páginas para análise, as quais foram organizadas e categorizadas com a utilização do *software* **MaxQDA®**, versão 2018.2.3 (*Computer Aided Qualitative Data Analysis Software*).

O **MaxQDA®** trata-se de um *software* que auxilia o pesquisador a organizar e interpretar os dados qualitativos e o ajuda ainda no desenvolvimento de teorias e testes das conclusões teóricas. Utiliza um sistema hierárquico de códigos, em que o pesquisador pode atribuir peso ao segmento de texto e indicar a sua relevância (CRESWELL, 2014).

Esse *software*, que permite organizar e manusear grande quantidade de evidências coletadas, provenientes de entrevistas, notas de campo, observações, documentos ou qualquer outro material escrito, configura-se como um importante recurso no processo de análise, pois permite adequada organização para manuseio dos dados. Salienta-se que ele não produz resultados por si próprio, de forma automática, cabendo ao pesquisador a condução da estratégia de análise (CRESWELL, 2014).

Nesta pesquisa, a unidade de análise foi a família. No *software*, foram transcritas todas as evidências, e realizou-se a leitura global de todos os casos e foram elaborados quadros de resumo, relativos a cada uma das famílias incluídas no estudo, de modo a destacá-las principais características e códigos iniciais.

A codificação inicial foi realizada no *software*, a qual consistiu na busca metódica de padrões e conceitos semelhantes, os quais receberam o mesmo código, o que resultou em um conjunto de códigos que se assemelhassem entre si. *A posteriori*, esses conjuntos de códigos foram direcionados segundo o Referencial Teórico proposto para este estudo, em que os conceitos da Teoria Bioecológica, propostos por Bronfenbrenner (2011) constituíram-se nas categorias de análise, previamente, definidas: pessoa, processo, contexto e tempo.

Ademais, utilizou-se a matriz conceitual para análise do desenvolvimento infantil de prematuros, construída à luz da interface dos conceitos das necessidades essenciais das crianças e da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Conforme apresentado no capítulo 4, estas orientaram a elaboração das subcategorias do estudo.

Após a finalização desse processo de codificação do *software*, foi realizada a síntese de casos cruzados entre as famílias do estudo, por meio de um novo quadro-síntese com as principais informações levantadas na análise dos dados, a fim de apontar as semelhanças e divergências entre os casos. Além disso, os segmentos foram reorganizados hierarquicamente, em códigos, como uma árvore, estrutura que permite a visualização em diferentes níveis.

Este estudo foi conduzido e relatado de acordo com as diretrizes COREQ (Critérios Consolidados para Relatar uma Pesquisa Qualitativa), a fim de validar o presente relatório (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu o disposto na Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa que envolve seres humanos. Para tal, solicitou-se a autorização das instituições envolvidas e foi submetida à apreciação e aprovação prévia do protocolo emitido pelo Comitê Ética em Pesquisa (COMEP), da Universidade Estadual do Centro-Oeste, conforme parecer de aprovação n.º 1.864.048/2016 (ANEXO A).

Para a coleta dos dados, foi realizado contato pessoal com os responsáveis legais das crianças, esclarecidos os objetivos do estudo, bem como a importância deste, a fim de sensibilizá-los a respeito da temática a ser abordada. Em seguida, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido junto aos participantes que aceitaram participar deste estudo para elucidar as dúvidas sobre ele e solicitar a autorização escrita dos envolvidos (APÊNDICE C).

6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Em busca da descrição do fenômeno, nesta seção, retratam-se os resultados alcançados que corresponde ao objetivo proposto. Na Tabela 2, tem-se a caracterização das famílias participantes do estudo e, posteriormente, explicita-se a síntese descritiva individual de cada família com genograma e ecomapa. Retratam-se categorias de análise que emergiram da interpretação dos dados: nome das categorias e a síntese dos dados cruzados expostos por meio do quadro 2.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS E SÍNTESE DESCRITIVA INDIVIDUAL

Na presente pesquisa, a unidade de análise do estudo de caso foram as famílias. Compuseram o estudo nove famílias de prematuros egressos de UTIN, com um total de 15 familiares participantes. Com objetivo de contextualizar e descrever os casos, na Tabela 1, foi apresentada a caracterização das famílias, na qual foram descritos os seguintes itens em relação aos participantes, a família, informações maternas e das crianças, respectivamente: grau de parentesco com a criança índice, idade e escolaridade; classificação social (ABEP) e renda da família; n.º de filhos; planejamento da gestação; n.º de gestações; confirmação sobre residir com companheiro; consultas pré-natal; estratificação de risco pré-natal; sexo da criança índice; idade gestacional; tipo de parto; peso ao nascer; tempo de internação; problemas de saúde.

QUADRO 2- CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

(conclusão)

N. família	Participante			Família	Informações materna			Informações da criança							
	Grau de parentesco	Idade	Escolaridade		Reside com pai da criança	Nº de gestações	Nº de filhos	Planejamento da gestação	Consultas pré- natal	Estratificação risco pré- natal	Sexo	Idade gestacional	Tipo de parto	Peso	Tempo de internação
7	Mãe	30	Médio completo	Sim	2	2	Não planejada	4	Alto Risco	Fem	31	pc	1770	30	GiG
	Pai	36	Superior completo	Não	1	1	Não planejada	6	Habitual	Fem	29	pc	1150	39	Baixo peso
8	Mãe	19	Médio completo	Não	1	1	Não planejada	6	Intermediário	Mas	28	pc	1050	37	Baixo peso

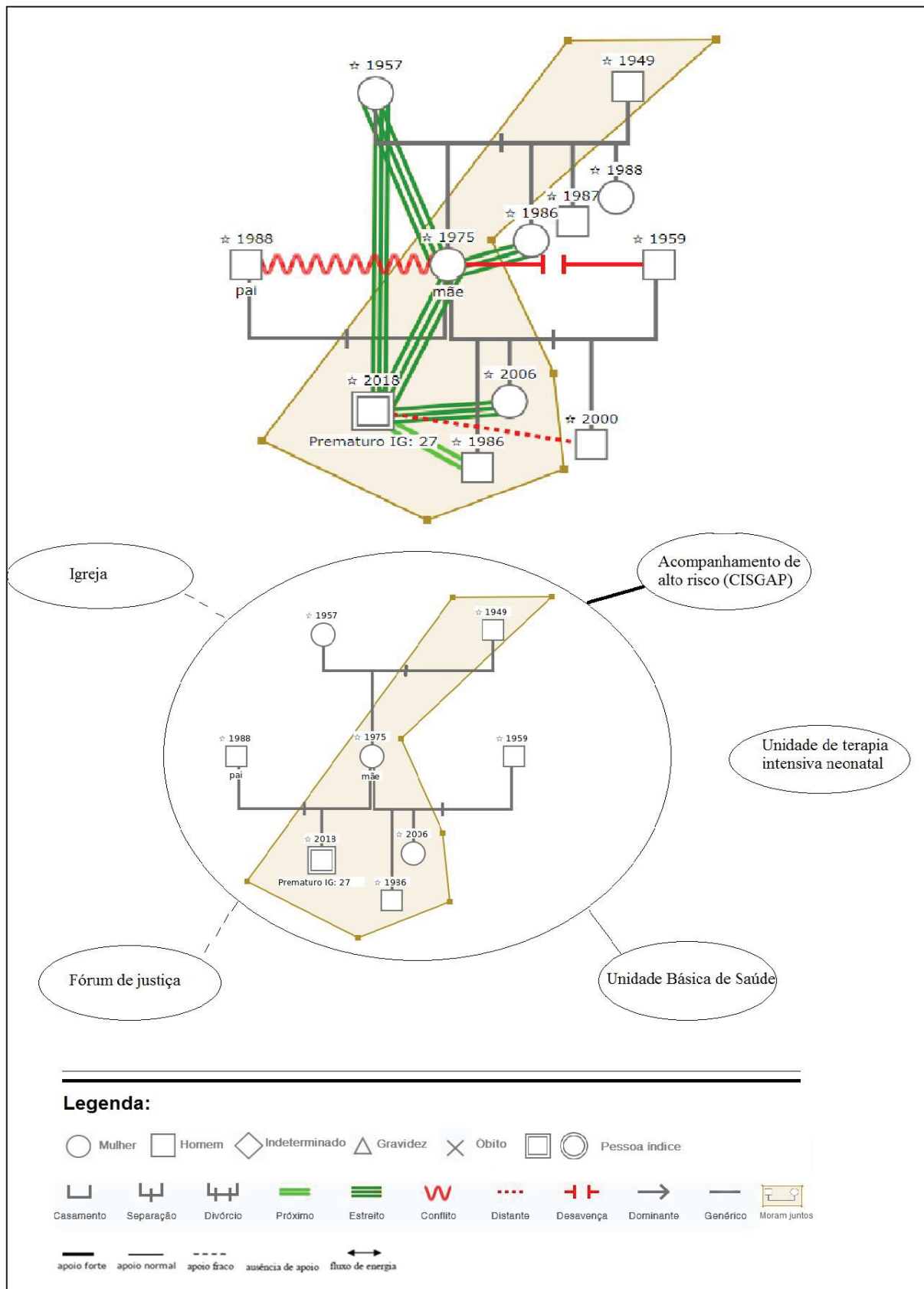
FONTE: A autora (2019).

A seguir, apresenta-se uma síntese descritiva de cada família com seus genogramas e ecomapas (FIGURA 8, FIGURA 9, FIGURA 10, FIGURA 11, FIGURA 12, FIGURA 13, FIGURA 14, FIGURA 15, FIGURA 16) com vistas a permitir melhor visualização da configuração familiar, suas singularidades e o nascimento prematuro.

Estudo de caso 1 - família 1

A família é composta pela mãe (S.T., 43 anos, autônoma). Antes de descobrir a gestação residia no estado de Santa Catarina onde tinha uma lanchonete. Devido à gestação ser de alto risco, mudou-se para Guarapuava para morar com sua mãe (T.T., 70 anos, divorciada, aposentada), e levou junto a irmã (G.T., 13 anos, estudante), e o irmão (H.T., mais velho, 33 anos, motorista). Residem em casa própria de alvenaria, limpa e bem conservada, com alguns brinquedos espalhados na sala. Em relação à fonte de renda da família, a avó é aposentada e a mãe relata que tem utilizado o dinheiro que obteve após vender sua lanchonete na sua cidade anterior. O pai, 33 anos, não assumiu a paternidade do filho e mudou-se de estado, e a mãe refere que entrou na justiça para que este reconheça e registre o filho legalmente, porém não sabe o endereço atual para informar à justiça. O filho (G.H.T.) nasceu de parto cesárea com 27 semanas de gestação e permaneceu internado durante 58 dias, apresenta hérnia inguinal que necessitará de correção cirúrgica. O nascimento da criança gerou medo e tristeza à família; por outro lado, houve grande aproximação e união entre os membros que residem na mesma casa e com a tia (S.T., 33 anos, professora), que mora na casa ao lado. Durante o internamento, permanecia no hospital durante o dia e voltava dormir em casa à noite, manteve relação de confiança e amizade com a equipe da UTIN, porém após a alta não manteve mais contato. Sobre o atual acompanhamento de saúde do filho, é realizado na UBS para verificação do ganho de peso e realização das vacinas, e no CISCAP para acompanhamento de alto risco com equipe multiprofissional. A família refere atualmente alívio pela recuperação da criança e, por poder realizar os cuidados com ele em casa, relata que a demanda de consultas e exames tem sido intensa, mas reconhecem a importância para o melhor crescimento e desenvolvimento do filho.

FIGURA 8 – GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F1



FONTE: Aautora (2019).

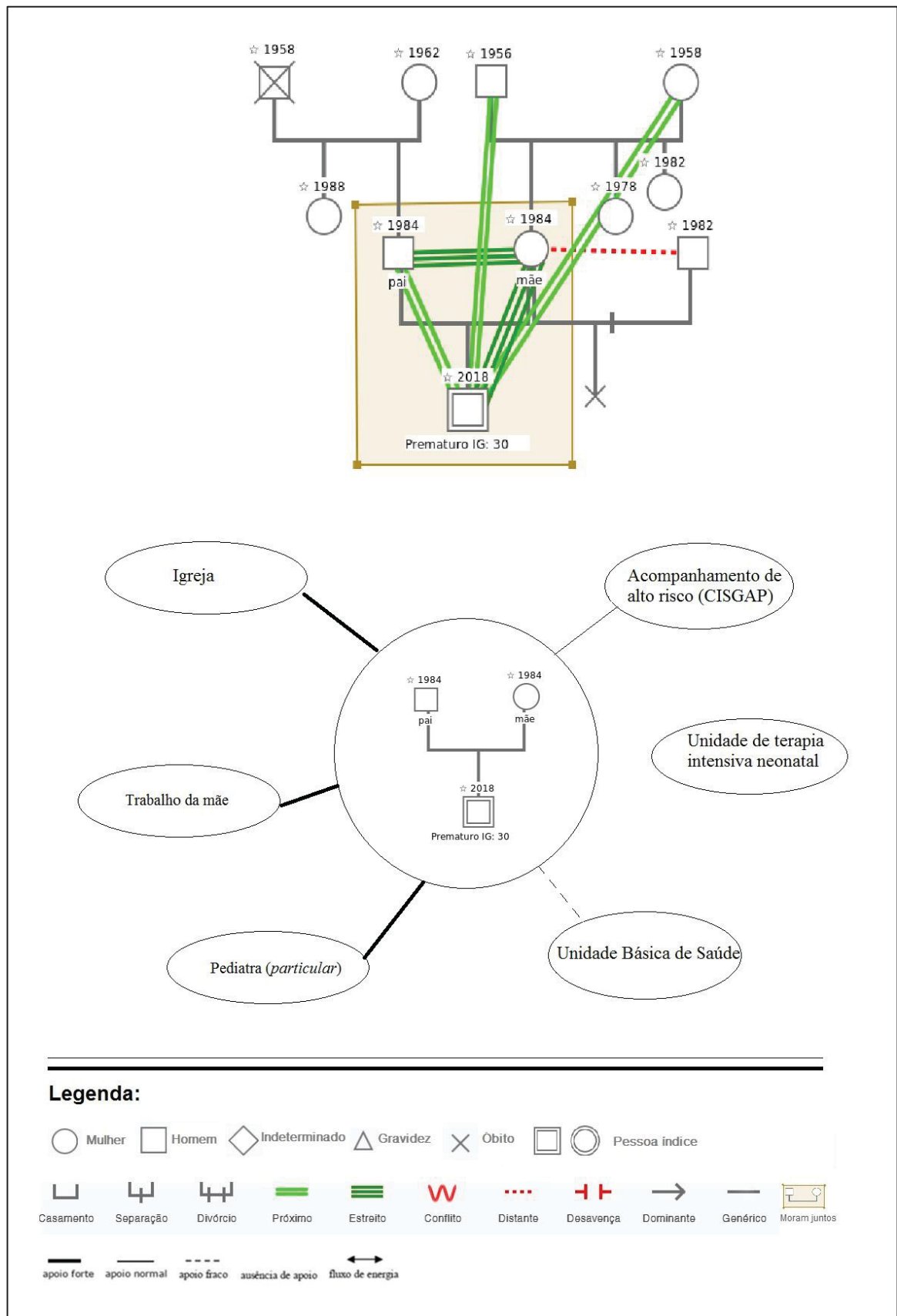
Estudo de caso 2 – Família 2

Trata-se de uma família composta pela mãe (R.C., 35 anos, técnica de enfermagem) e seu marido (M.A., 35 anos, mecânico). A família mora em casa própria de alvenaria, recém-construída, limpa e bem conservada. Com relação à situação financeira, a mãe recebe licença maternidade e o pai é proprietário de uma mecânica.

A mãe relata que teve uma gestação tranquila, mas que nas semanas que antecederam o nascimento a pressão arterial ficou elevada e, devido à eclâmpsia, precisou se submeter a uma cesárea de emergência com 30 semanas de gestação em que o filho permaneceu internado durante 60 dias. Após o nascimento prematuro do filho, ela relatou medo por possíveis sequelas que isso poderia causar. Por ser profissional da saúde e ter presenciado vários casos semelhantes, temia pela saúde da criança. No tempo em que o filho estava na UTIN, ela optou por ficar durante o período diurno no hospital, em local destinado a mães, e à noite voltava para casa. Manteve relacionamento muito próximo com a equipe, pois era técnica de enfermagem do mesmo hospital e conhecia a equipe, com a qual mantém contato mesmo após a alta.

Em relação ao acompanhamento de saúde do filho, utiliza a UBS para pesar e realizar as vacinas, leva nas consultas agendadas no CISGAP para crianças de alto risco e faz acompanhamento rotineiramente com pediatra na rede particular. O casal passou por um período de distanciamento, mas atualmente permanece unido. A maior preocupação da mãe é em relação ao trabalho, pois apesar de ter conseguido um horário flexível no hospital após o retorno da licença maternidade, concluiu a graduação em enfermagem e deseja um emprego de acordo com sua qualificação profissional.

FIGURA 9 - GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F2



FONTE: A autora (2019).

Estudo de caso 3 – Família 3

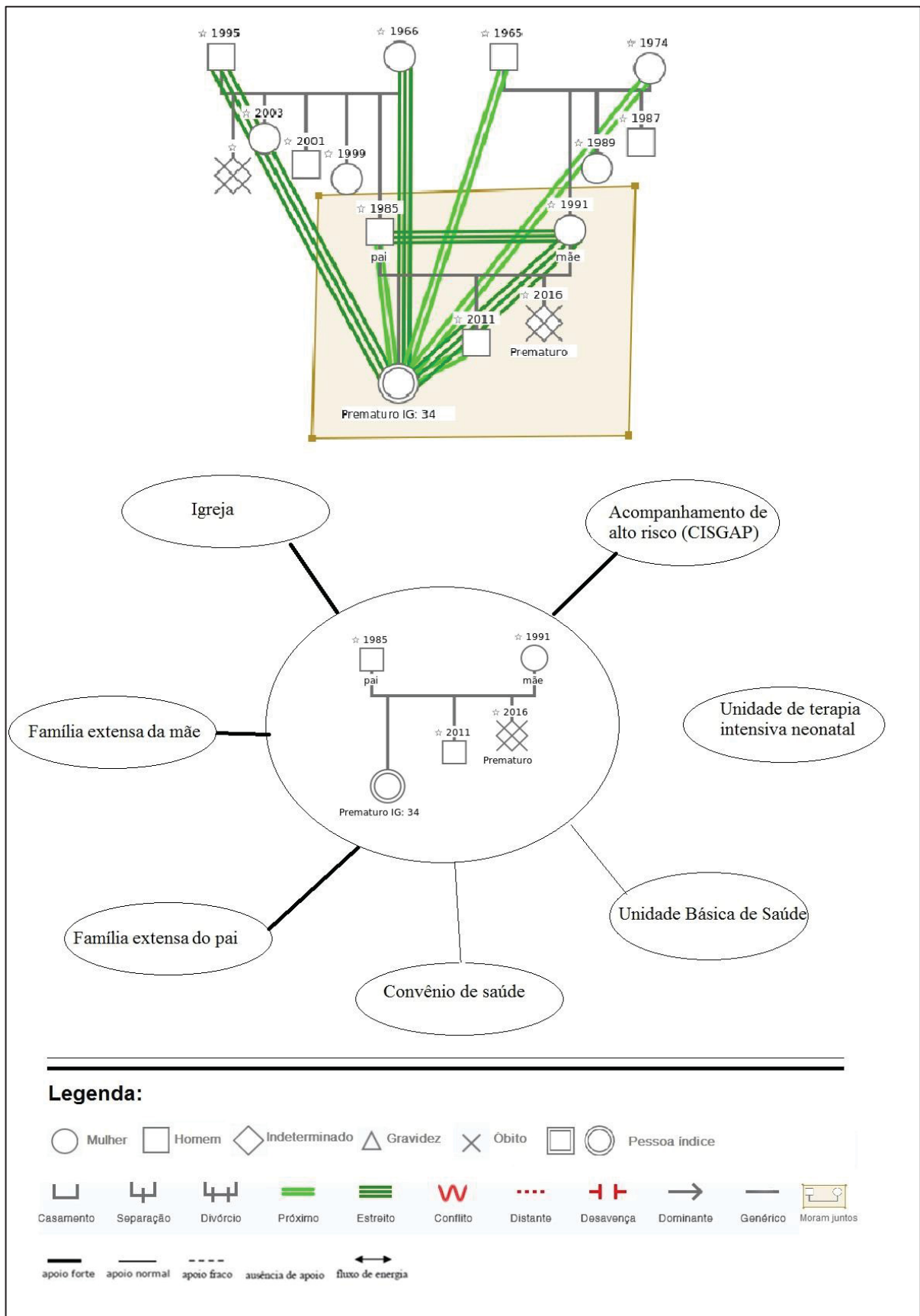
A terceira família é composta pela mãe (J.P.S., 28 anos, dona de casa), seu marido (A.S., 34 anos, auxiliar de produção), e o filho (I.S., 8 anos). Residem em uma casa pequena de madeira, alugada, com higiene precária. Ao redor a rua, não há asfalto.

Em relação à renda familiar, apenas o pai trabalha durante a noite e recebe salário mínimo. A mãe relata que a empresa do marido paga convênio de saúde, o qual tem utilizado com frequência com a filha, mas, mesmo assim, faz acompanhamento no CISGAP e utiliza os serviços da UBS para vacinação.

O nascimento da criança com 34 semanas de gestação foi assustador para família, que há dois anos também passou por situação semelhante. Após nascer prematura, a filha foi encaminhada para UTIN e sobreviveu por poucas horas; além disso, o seu primeiro filho também nasceu prematuro, mas não necessitou de internamento. No caso atual, a filha permaneceu durante 36 dias internada no hospital; durante esse período, teve sempre o apoio do marido, pois ele sempre estava presente em todos os horários destinados à visita. Relata gratidão à equipe da UTIN, porém lamenta não ter mais contato.

Por apresentar sopro cardíaco, a criança realiza exames para avaliação do quadro. A mãe destaca que a criança é calma e sente-se aliviada por estar em casa com ela. A participante refere que a família toda se uniu para fornecer apoio desde o início da internação até os dias atuais. Relata também que seu marido é bastante presente e interage com a filha nas atividades do dia a dia.

FIGURA 10 - GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F3



FONTE: A autora (2019).

Estudo de caso 4 – família 4

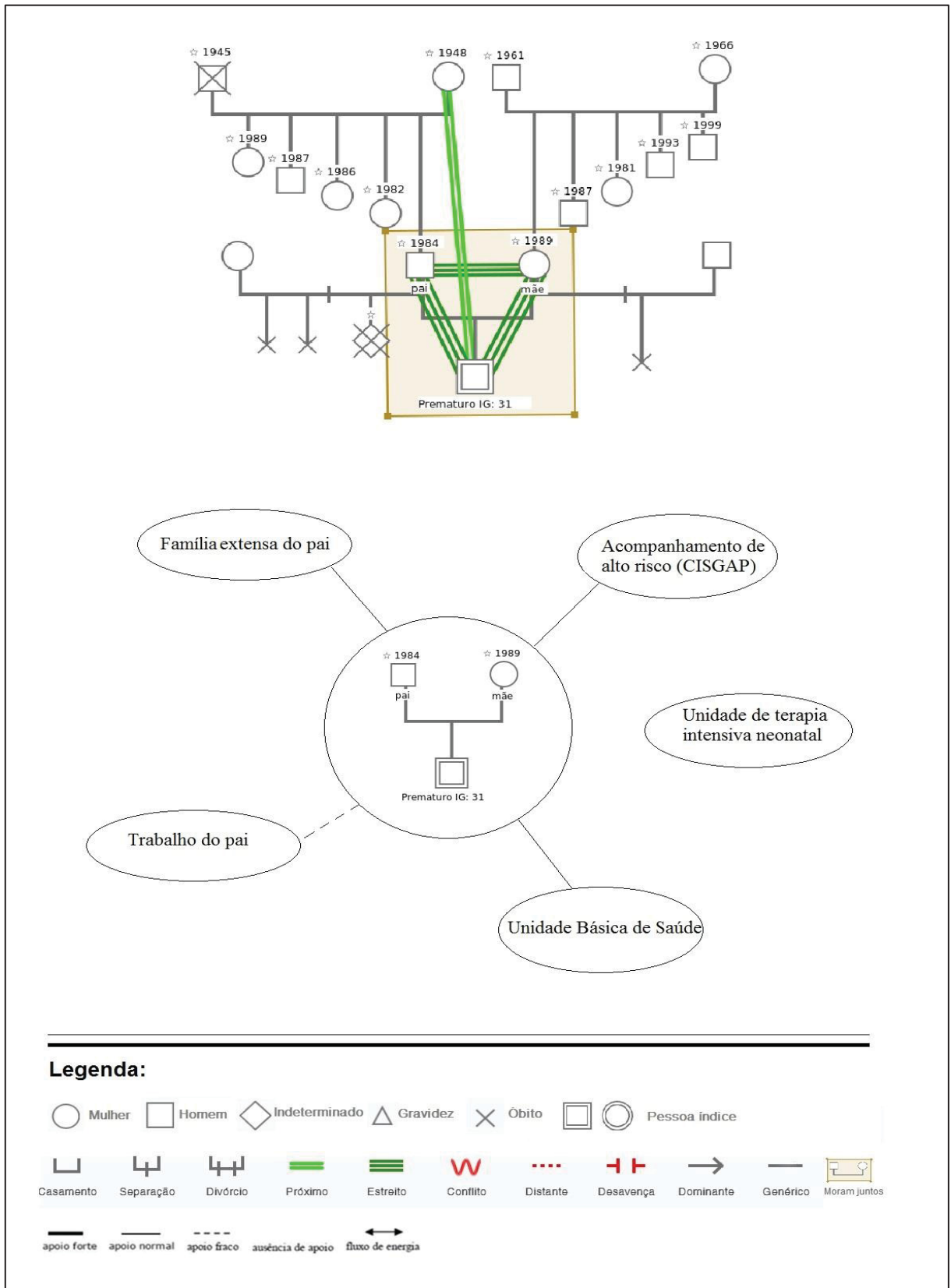
A quarta família participante do estudo é composta pela mãe, (J.A.M., 30 anos) e seu marido (M.A.M., 35 anos, pedreiro). A família reside em uma casa pequena mista, alugada, condição de higiene precária, sem saneamento básico, sem asfalto e com poucos vizinhos. A renda familiar é proveniente do salário do pai, que trabalha na construção civil.

A família planejava a gestação, realizou pré-natal de baixo risco, mas com 30 semanas de gestação a mãe sentiu fortes dores em baixo ventre e procurou atendimento hospitalar. Relata que, ao saber que sua filha nasceria prematura, ficou assustada e com medo, pois em sua primeira gestação do casamento anterior teve um filho que nascera natimorto. Além disso, seu marido também do casamento anterior já havia perdido três filhos.

A filha atual do casal permaneceu 32 dias internada com dedicação total da mãe, que permaneceu no hospital, inclusive nos períodos noturnos. Quando retornava para casa somente nos finais de semana, o pai não conseguia liberação do trabalho para realizar as visitas nos horários estipulados pelo hospital. Relata sentir-se agradecida pelo cuidado profissional que recebeu no período do internamento, mantém contato com algumas profissionais que prestaram atendimento na UTIN e hoje faz acompanhamento no CISGAP e na UBS.

Atualmente, a família decidiu mudar-se de cidade, pois em Guarapuava o casal estava vivendo com poucos recursos e condições precárias de moradia. Além do mais, estavam longe da família extensa paterna, a qual consideram importante alicerce no crescimento e desenvolvimento da criança.

FIGURA 11 - GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F4



FONTE: A autora (2019).

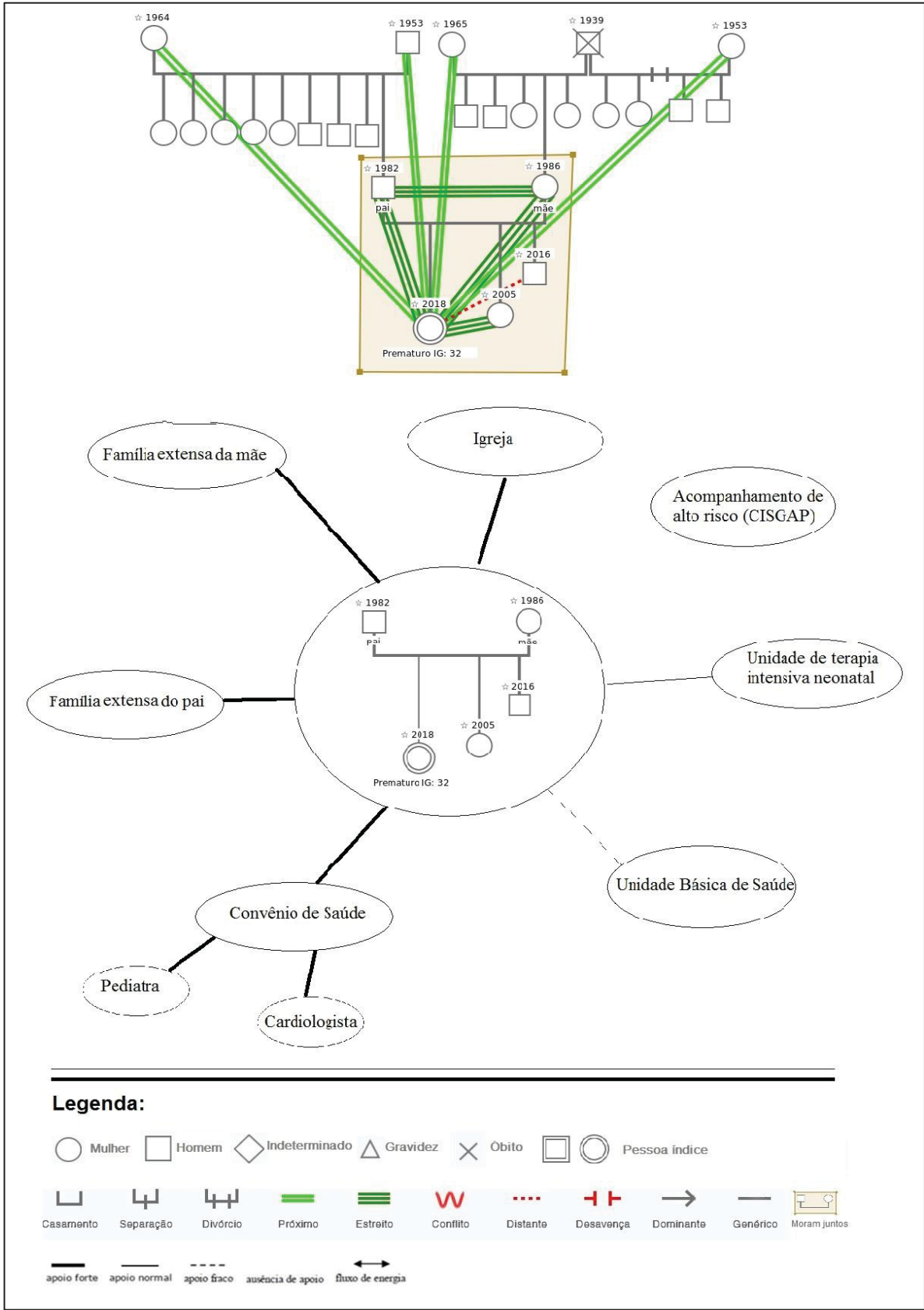
Estudo de caso 5 – Família 5

Trata-se de uma família composta pela mãe (V.L.G., 33 anos, cozinheira), pelo seu esposo (A.S.G., 37 anos, auxiliar de produção) e seus filhos (R.G., 3 anos, e E.G., 14 anos). A família mora em casa própria, de alvenaria, limpa e bem conservada, com muitos brinquedos espalhados pela casa e decoração natalina conforme a época festiva.

Em relação à renda familiar, a mãe faz salgados e bolos em casa sob encomenda e o pai possui emprego noturno em uma empresa de papel de celulose. O casal destaca que esse emprego é importante para família, sobretudo por fornecer convênio de saúde, o qual destacam como sendo de fundamental importância para o acompanhamento de saúde da filha prematura, pois atualmente a filha apresentou comunicação intraventricular, forame oval pérvio. Realizam acompanhamento com cardiologista infantil na capital do estado, sem necessidade cirúrgica ou medicamentosa. Além disso, fazem consultas de rotina com pediatra do convênio, utilizando os serviços da UBS apenas para realização do calendário vacinal.

A família relata que a gestação não foi planejada, mas ficaram felizes com mais um filho. Realizaram pré-natal na rede particular, com 32 semanas de gestação sua filha nasceu e permaneceu internada durante 30 dias; referem que foram dias angustiantes e que temiam pela vida da filha. Realizavam as visitas em todos os horários juntos e retornavam para casa para cuidarem também dos outros filhos. Relatam ainda um carinho e admiração pela equipe da UTIN, com a qual mantêm contato atualmente. Houve maior coesão entre o casal durante todo o processo e obtiveram importante fonte de apoio na família extensa paterna e materna, além das orações que foram intensificadas nesse período.

FIGURA 12 – GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F5



FONTE: A autora (2019).

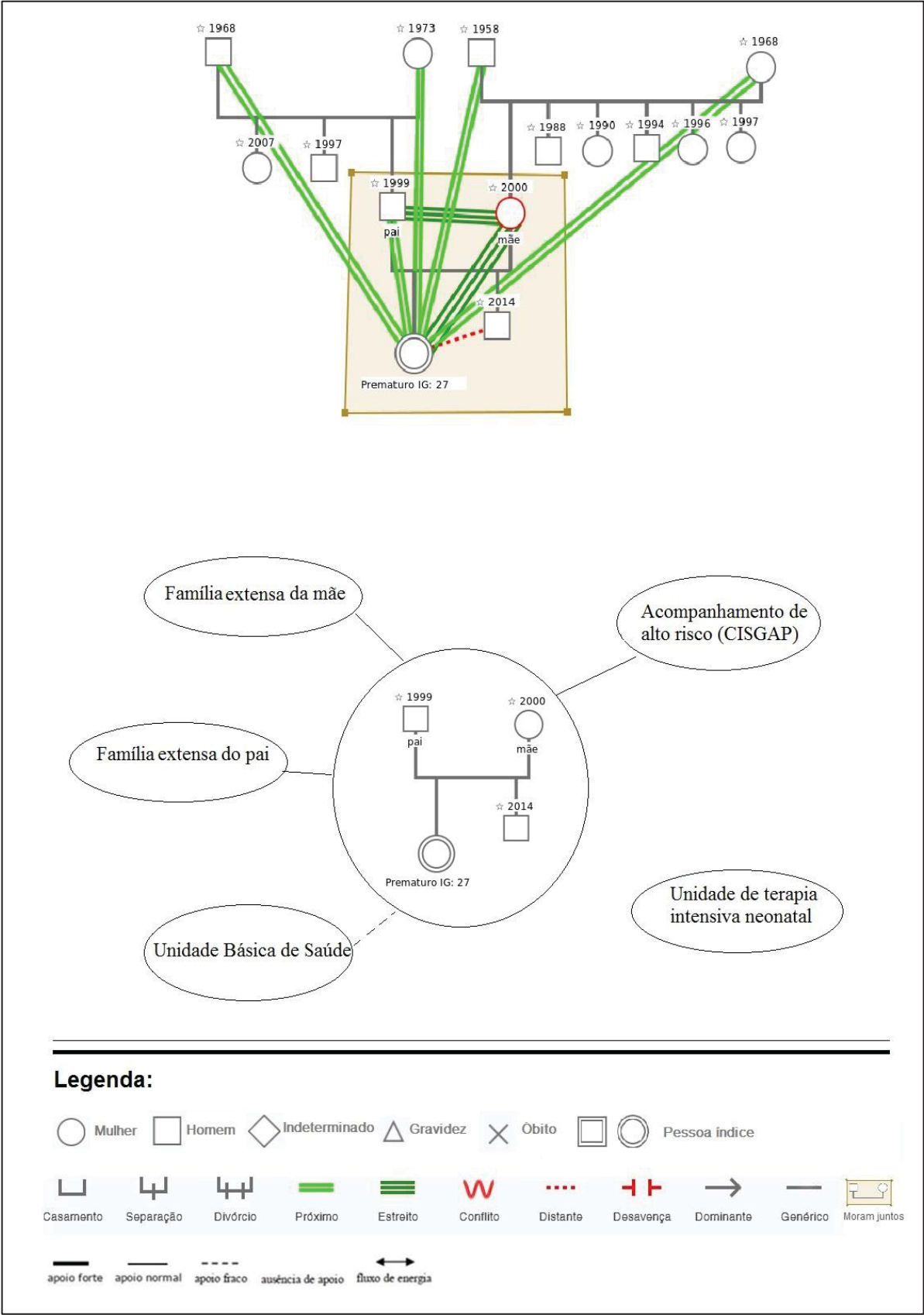
Estudo de caso 6 – Família 6

A sexta família participante do estudo é composta pela mãe (L.C.K., 19 anos, dona de casa), o filho da sua primeira união (G.K., 5 anos) e seu marido (W.G.K., 21 anos, pedreiro). O casal reside com os filhos em casa própria, de alvenaria, recém-construída, com brinquedos espalhados pela casa.

Em relação à renda familiar, esta é provida pelo pai, que trabalha junto com os tios na construção civil. A mãe refere que o casal desejava ter um filho, mas como ela estava no primeiro ano da faculdade não planejavam nesse momento, mas que foi uma realização quando aconteceu. Relata que durante o pré-natal não apresentou nenhuma intercorrência, mas que com 27 semanas de gestação sua filha nasceu prematura. Permaneceu internada durante 59 dias, nesse período, para sanar todas as dúvidas que tinha, recorria à internet, pois não estabeleceu vínculos com a equipe da UTIN e não sentia-se à vontade para questionar. Relata que realizava as visitas durante o dia e voltava para casa para ficar com o filho menor.

Após a alta, procurou a UBS para realizar acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da sua filha, além das vacinas, mas teve problemas de acesso no serviço de saúde. Em relação à saúde atual da filha, ela apresentou alterações oftalmológicas, a retinopatia da prematuridade, e segue em acompanhamento no serviço destinado a atendimento materno-infantil de alto risco (CISGAP).

FIGURA 13 – GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F6



FONTE: A autora (2019).

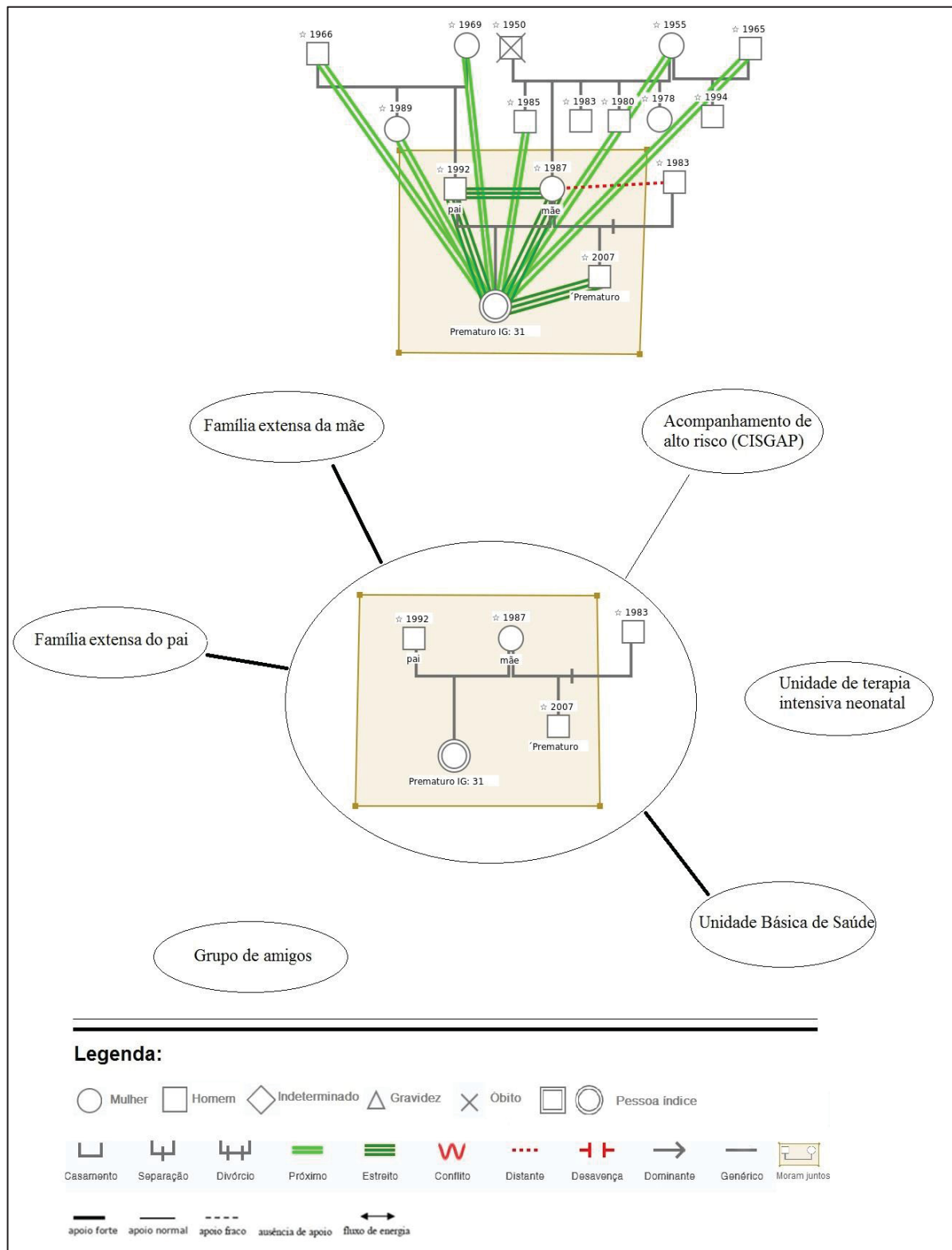
Estudo de caso 7 – Família 7

A família é composta pela mãe (T.M., 32 anos, dona de casa), o filho da sua primeira união (E.F., 12 anos) e seu marido (R.L.O., 27 anos, eletricista). Residem em casa de material, alugada, limpa e bem conservada, com brinquedos espalhados pela sala.

A renda familiar é proveniente do salário do pai, que trabalha como autônomo. A mãe possui diabetes tipo I, a qual ocasionou complicações nas suas duas gestações, em que o primeiro filho nasceu com 34 semanas de gestação, mas permaneceu poucos dias sob cuidados intensivos neonatais, e a filha atual, que nasceu com idade gestacional de 31 semanas, apresentando complicações por ser grande para a idade gestacional (GIG) e permaneceu internada na UTIN durante 30 dias. Durante a internação, a mãe ficava no hospital durante o dia e retornava para casa no período noturno, mantendo bom relacionamento com a equipe de saúde. Após a alta, não manteve mais relação com esses profissionais, mas relata ótimo relacionamento com a enfermeira da UBS próxima de casa, onde realiza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da filha, vacina e tira todas as dúvidas que surgem. Além disso, também leva a filha nas consultas agendadas no CISGAP, o qual considera esclarecedor e de qualidade.

Nesse período, o casal apresentou uma maior aproximação, pois verbalizaram medo de perder a filha recém-nascida, e relatou que o grupo de amigos que tinha antes desse acontecimento foi se afastando, de modo a permanecer uma coesão maior entre as famílias estendidas do pai e da mãe, que moram próximas. Durante a condução do caso, tinham dúvidas em relação à vacinação infantil, apresentavam preocupação em fornecer o melhor atendimento possível para a filha.

FIGURA 14 - GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F7

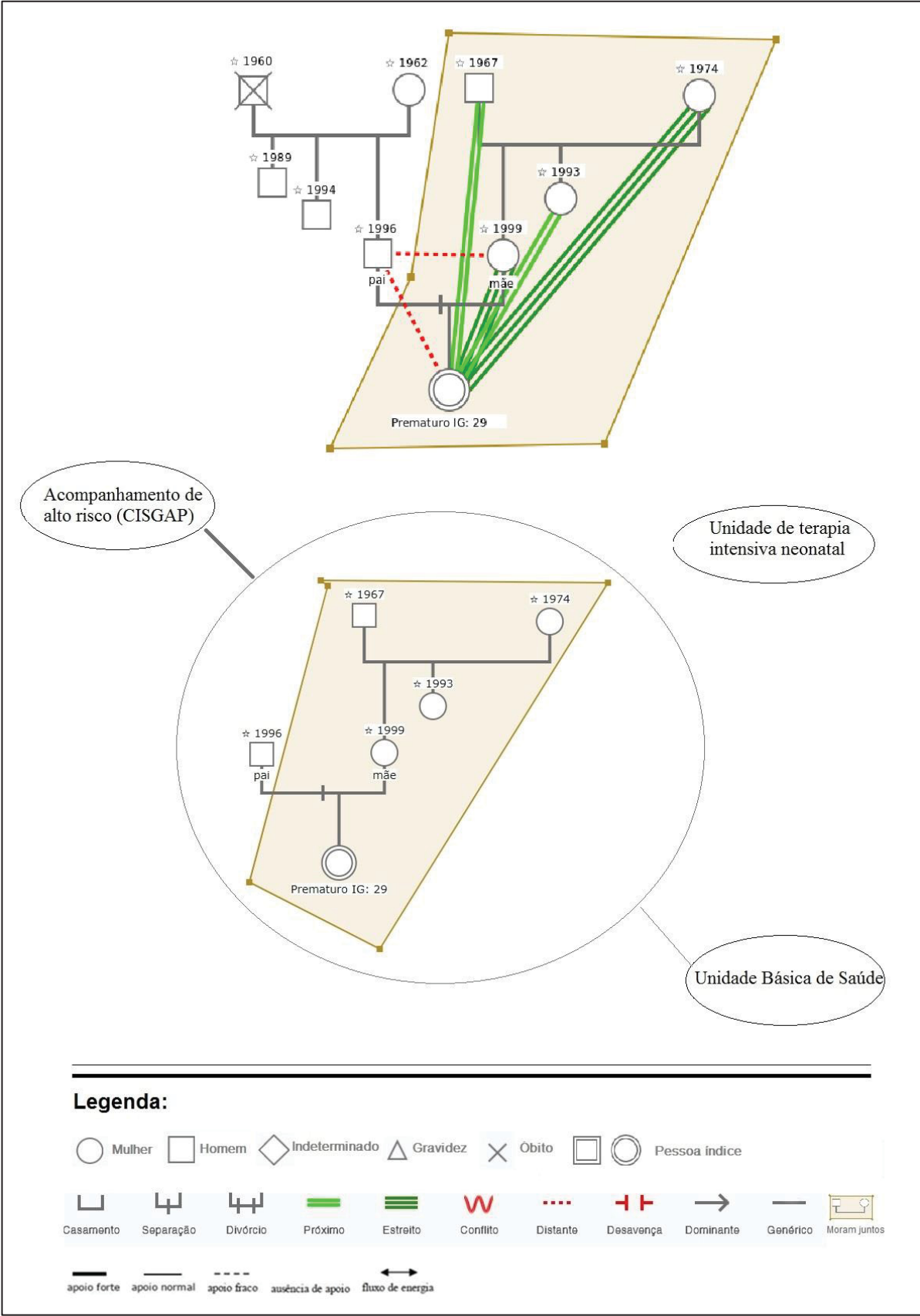


FONTE: A autora (2019).

Estudo de caso 8 – Família 8

A família é composta por um casal jovem que, durante a condução do caso, se separou. Atualmente a mãe (L.M.S., 20 anos, estudante), que declara receber o apoio necessário para cuidar da filha, reside na casa dos seus pais, os avós maternos da criança, a qual é habitada pelo avô (L.B.S., 56 anos, pedreiro), pela avó (M.R.M., 45 anos, zeladora) e pela sua irmã (L.M.S., 26 anos, vendedora). A família reside em casa própria, mista com boa higiene e bem conservada, alguns brinquedos presentes na sala. A renda proveniente da avó, do avô e da irmã. A mãe relata que ela e o pai (J.H.L., 23 anos, técnico de celular) namoravam e não planejaram a gestação, pois eram jovens e tinham planos em se profissionalizar, mas que ela sempre alimentou o desejo em ser mãe. Então, com o exame de gravidez positivo, ficou contente, pois desde o começo recebeu apoio da sua família. Após o nascimento da criança com 29 semanas de gestação, a mãe relata que permaneceu todo o tempo no hospital, inclusive nos finais de semana, no quarto destinado às mães da UTIN, pois não tinha recursos para voltar para casa todos os dias. Refere também que o apoio da equipe da UTIN foi importante nessa fase, mas que atualmente não manteve contato com os profissionais, apenas com a equipe da UBS, onde leva para registrar o ganho de peso semanal e vacinação, além da equipe do CISGAP, onde realiza o acompanhamento de alto risco. A mãe verbaliza que o casal viveu momentos tensos e difíceis e, após a alta, os desafios abalaram o relacionamento do casal, o que culminou na separação. Atualmente, a mãe não refere dificuldades, afirma que os acontecimentos uniram a família, que desde o início forneceu apoio. Ela também está otimista e feliz pelo estado de saúde da criança.

FIGURA 15 - GENOGRAMA E ECOMAPA: FAMÍLIA F8



FONTE: A autora (2019).

Estudo de caso 9 – Família 9

Trata-se de uma família em que a mãe (A.C., 20 anos, dona de casa) se separou do marido (F.T.M., 35 anos, pedreiro) assim que descobriu a gravidez. Após o ocorrido, foi morar na chácara da família com a avó da criança (B.S.S.L., 49 anos, agricultora) e a tia da criança (A.C.L., 24 anos, agricultora). A família mora em casa própria, de madeira, limpa e bem conservada, em área rural, a renda da casa é oriunda da atividade agrícola desempenhada pela avó e pela tia. A mãe relata que estavam casados há dois anos e ela desejava a gravidez, mas o marido não cultivava o mesmo desejo. Logo após a separação ela ficou bastante abalada, mas recebeu muito apoio da sua família, que ficou realizada por ela. O pré-natal ocorreu tranquilamente, mas com 28 semanas de gestação teve o parto prematuro e o seu filho permaneceu internado na UTIN durante 37 dias. A mãe permaneceu no hospital durante todo o período de internamento, pois o deslocamento até sua casa era difícil, e assim ela poderia ficar mais próxima de seu filho. Relata ainda carinho e admiração pela equipe de profissionais que cuidaram de seu filho no período de internamento, faz planos de visitá-los e levar o filho para revê-lo. Atualmente, faz acompanhamento na UBS semanalmente e no CISGAP mensalmente, relatou dificuldades relacionadas à rotina frequente de consultas e exames do filho e por morar em área rural tem o acesso comprometido. Em relação ao pai do filho, ele não veio conhecê-lo e nem registrar. Ela diz que não vai recorrer à justiça, pois o mesmo já tem outro filho e não participa nem fornece assistência a ela.

FONTE: A autora (2019).

6.2 COMBINAÇÃO DE PADRÃO

Em seguida, apresentar-se-á combinação de padrão(QUADRO3), conforme referencial teórico adotado, a fim de assim uma perspectiva holística sobre os casos estudados.

QUADRO3-COMBINAÇÃO DE PADRÃO

(continua)

CASOS	● PESSOA	● PROCESSO	● CONTEXTO	● TEMPO
Estudo de caso 1	Necessidades de experiências que respeitem as características individuais: Primeiras impressões quanto às características do RNPT (27 semanas - prematuro extremo; 980 gramas - extremo baixo peso) foram angustiantes, com medo inicial de óbito iminente. Preocupação quanto hérnia inguinal que necessitará de correção cirúrgica.	Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos: Gestação não planejada, mas com laços fortalecidos a partir da gestação. Sem vínculo paterno. Dedicção integral da mãe durante permanência na UTIN. Adaptação em casa difícil, porém souberam lidar bem com a situação, devido apoio recebido. Prematuro estabelece interações com família extensa, o que veio a fortalecer os vínculos entre os seus membros. Apresenta interação do prematuro com irmãos.	Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos: Manteve bom relacionamento com a equipe da UTIN, mas não foi mantido após a alta. Apoio e vínculos familiares intensificados após o nascimento prematuro. Família apresenta preocupação quanto ao pai, pois o mesmo não demonstrou interesse com a criança.	Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento: Família engajada e dedicada aos cuidados à criança, superou os medos iniciais quanto à capacidade de cuidar. Demonstra curiosidade e interesse, busca conhecimento e segue as recomendações da equipe de saúde para estimular o desenvolvimento do prematuro.
	Necessidades de estabelecimento de limites, organização e expectativas: Com os demais filhos na adolescência, o prematuro é tratado com apreço redobrado, soma-se a isso a fragilidade superestimada e instituição de cuidado superprotetor. Cientes das limitações enfrentadas até o momento quanto à elaboração de expectativas condizentes com a criança.		Necessidades de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural: Mudou de cidade para receber melhor atenção pré-natal. Após a alta, expressa cansaço quanto à rotina frequente de exames e consultas. Mãe pró-ativa e busca na rede a melhor assistência para o filho. Preocupação quanto à necessidade de retornar ao mercado de trabalho e pensão alimentícia como dever do pai ausente. Necessidades mínimas de proteção física segurança e regras: Permaneceu na UTIN por 58 dias. O domicílio familiar se constitui em um ambiente calmo, em que os membros buscam prontamente sanar as necessidades expressas da criança. Preocupação em relação à imunidade e à intervenção cirúrgica para correção da hérnia inguinal.	

QUADRO 3 – COMBINAÇÃO DE PADRÃO

(Continuação)

CASOS	• PESSOA	• PROCESSO	• CONTEXTO	• TEMPO
Estudo de caso 2	Necessidades de experiências que respeitem as características individuais: Mãe trabalhava na área da saúde e, mesmo já tendo cuidado de prematuros, demonstrou medo e incerteza quanto à vida da criança, pois reconheceu a individualidade do filho. Em casa, destacava as características da criança como curiosidade e interação.	Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos: Gestação planejada e desejada pelo casal. Mãe dedicou-se à permanência na UTIN com o filho durante o período de internamento. Após a alta, o casal apresentou distanciamento temporário, mas reatou os laços posteriormente. Prematuro estabelece interações mais frequentes com a família extensa da mãe.	Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos: Vínculo intensificado com a equipe da UTIN durante o período de internamento e mantido após a alta. Mãe relatou apoio dos avós maternos desde o nascimento prematuro.	Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento: Mãe busca informações para prestar os cuidados ao filho, não demonstrou insegurança durante o processo. Demonstra orgulho pelo desenvolvimento do prematuro.
	Necessidades de estabelecimento de limites, organização e expectativas: Organizaram o ambiente para poder prestar os cuidados ao filho na casa própria. Após a alta, a família buscou não criar expectativas e enfrentar a situação do filho prematuro com naturalidade.	Necessidades de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural: Na busca pela assistência à saúde, buscou atendimento particular para acompanhamento do filho. Desde o início, demonstrou preocupação em relação ao retorno do trabalho.	Necessidades mínimas de proteção física segurança e regras: Buscou manter-se calma durante todo o processo para poder atender as necessidades do prematuro. Tentou superar as dificuldades encontradas na rede de saúde e no trabalho para fornecer o melhor cuidado possível ao filho.	

QUADRO 3 – COMBINAÇÃO DE PADRÃO

(Continuação)

CASOS	● PESSOA	● PROCESSO	● CONTEXTO	● TEMPO	
Estudo de caso 3	Necessidades de experiências que respeitem as características individuais: Experiência anterior com nascimento prematuro. Isso implicou sobrecarga nos sentimentos vivenciados no momento atual. À medida em que a evolução se tornou favorável, a família identificou as características da filha como tranquila, responsiva à brincadeiras e saudável.	Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos: Gestação não planejada. Forte coesão entre o casal desde o início do processo. Envolvimento do pai nos cuidados com a filha, o que resultou em vínculo intenso entre pai-filha. Apresenta interação do prematuro com irmão.	Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos: Manteve bom relacionamento com a equipe da UTIN, mas não foi mantido após a alta. Apoio da família extensa paterna e materna desde a UTIN até no domicílio.	Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento: A família demonstra interesse, dedicação e busca informações com a equipe de saúde para fornecer os cuidados à filha, apresentou evolução do medo e superação da insegurança inicial que a limitava na prática de cuidado.	
	Necessidades de estabelecimento de limites, organização e expectativas: A família relembrou o nascimento anterior da filha prematura que não sobreviveu, isso implicou elaboração das expectativas iniciais quanto à vida da filha atual. Além disso, impactou no medo e insegurança ao cuidar em casa.		Necessidades de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural: Não houve manutenção do vínculo com a equipe da UTIN após a alta. Recebe assistência da UBS e do serviço de alta complexidade. Refere importância da saúde suplementar oportunizado pelo trabalho do pai na garantia de acesso rápido à assistência de saúde. Frequenta e leva a filha à igreja.		Necessidades mínimas de proteção física
					segurança e regras: Busca em todos os seguimentos da rede oferecer o melhor cuidado possível para a filha. Demonstra preocupação em relação a alteração cardíaca, que permanecerá em acompanhamento.

QUADRO 3 –COMBINAÇÃO DE PADRÃO

(Continuação)

CASOS	• PESSOA	• PROCESSO	• CONTEXTO	• TEMPO
Estudo de caso 4	<p>Necessidades de experiências que respeitem as características individuais:</p> <p>Experiência anterior com prematuridade e óbito fez com que a família desejasse ainda mais a filha, o que estreitou os vínculos e destacou características como responsividade à interação desde a UTIN, calma e tranquilidade.</p>	<p>Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos:</p> <p>Gestação planejada e desejada pela família. A mãe apresenta vínculo forte com a criança desde a UTIN e dedica-se integralmente aos cuidados da filha. Envolvimento limitado do pai nas interações e prática de cuidado da criança.</p>	<p>Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos:</p> <p>Manteve bom relacionamento com a equipe durante o período de permanência na UTIN, mas não houve manutenção do vínculo após a alta.</p>	<p>Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento:</p> <p>Mãe interessada, buscava informações na internet desde os primeiros dias da filha até o pós-alta. Superou o medo e a insegurança de cuidar da criança e fornece os cuidados necessários à filha.</p>
	<p>Necessidades de estabelecimento de limites, organização e expectativas:</p> <p>A mãe organizou sua rotina para dedicar-se à filha durante o período de UTIN. Após a alta, mesmo com o medo gerado pela estatura pequena e baixo peso da criança, elaborou expectativas acerca da força do prematuro, o que a impactou com a superação do medo e insegurança ao cuidar.</p>		<p>Necessidades de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural:</p> <p>Valorização da assistência prestada pela alta complexidade e pouca veiculação com a UBS.</p>	
			<p>Necessidades mínimas de proteção física segurança e regras:</p> <p>Após receber alta, a família optou por mudar-se de cidade para fornecer um ambiente mais propício ao desenvolvimento da criança.</p>	

QUADRO 3 –COMBINAÇÃO DE PADRÃO

(Continuação)

CASOS	• PESSOA	• PROCESSO	• CONTEXTO	• TEMPO
<p>Estudo de caso 5</p>	<p>Necessidades de experiências que respeitem as características individuais:</p> <p>Terceira filha do casal. A todo o momento, o casal reafirmava a individualidade de sua filha por ser prematura e ter apresentado complicações fisiológicas inerentes à prematuridade.</p>	<p>Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos:</p> <p>Gestação não planejada. Após o nascimento, houve uma forte coesão entre o casal e a criança, a qual intensificou-se durante todo o processo de hospitalização e após a alta. Vínculos fortes entre os irmãos e a criança prematura. Interação com membros da família extensa materna e materna.</p>	<p>Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos:</p> <p>Importante vínculo com a equipe da UTIN durante o período de internamento, o qual foi mantido após a alta. Apoio intensificado da família extensa materna e materna durante todo o período que permaneceu na UTIN e após a alta.</p>	<p>Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento:</p> <p>Família apresentava insegurança e dúvidas no início sobre o quadro da filha nascida prematura e em relação aos cuidados que seriam praticados por eles em casa, razão pela qual buscou informações com vários profissionais e sanou todas as dúvidas para fornecer o melhor cuidado possível.</p>
	<p>Necessidades de estabelecimento de limites, organização e expectativas:</p> <p>Família mobilizada desde o início para cuidar da filha, permeada por insegurança e medo. Devido às características físicas do prematuro, buscou organizar-se para atender as necessidades da criança, que foram diferentes daquelas dos demais filhos.</p>		<p>Necessidades de comunidades estáveis e de continuidade cultural:</p> <p>Valorização da saúde suplementar, sem vinculação com a UBS. Forte apego à religião, que foi importante no processo de enfrentamento.</p>	
			<p>Necessidades mínimas de proteção física segurança e regras:</p> <p>Demonstram preocupação em atender todas as necessidades da criança, especialmente quanto à imunidade. Verbalizam preocupação em relação à alteração cardíaca e permanecerão acompanhando a evolução em outra cidade com cardiologista pediátrico.</p>	

QUADRO 3 – COMBINAÇÃO DE PADRÃO

(Continuação)

ASOS	• PESSOA	• PROCESSO	• CONTEXTO	• TEMPO
Estudo de caso 6	<p>Necessidades de experiências que respeitem as características individuais:</p> <p>Prematuro extremo, apresentou retinopatia da prematuridade. Família identifica a filha como calma, tranquila e esforçada.</p>	<p>Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos:</p> <p>Gestação não planejada. Pouca participação paterna nas interações com a criança. Mãe com vínculo fortalecido com a filha à medida que esta apresentava melhora do quadro clínico.</p>	<p>Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos:</p> <p>Família não estabeleceu vínculo com a equipe da UTIN. Apoio da família extensa paterna e materna.</p>	<p>Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento:</p> <p>Busca informações para fornecer os estímulos necessários a filha. Identifica que ela apresentará dificuldade na aquisição de certas habilidades devido à retinopatia, mas compreenderá bem que desenvolverá conforme o seu tempo.</p>
	<p>Necessidades de estabelecimento de limites, organização e expectativas:</p> <p>Família demonstra compreender as limitações da filha e não elaborar expectativas inatingíveis. Organizaram a rotina da mãe (trancamento da matrícula da faculdade) para atender as necessidades da criança.</p>		<p>Necessidades de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural:</p> <p>Dificuldade de acesso ao atendimento na UBS, com maior vinculação com a atenção especializada.</p>	
			<p>Necessidades mínimas de proteção física segurança e regras:</p> <p>Busca atender as necessidades de saúde expressas pela filha e identifica que, devido às alterações decorrentes da prematuridade, a criança necessita de cuidado diferenciado. A família demonstra preocupação em relação a isso.</p>	

QUADRO 3 – COMBINAÇÃO DE PADRÃO

(Continuação)

CASOS	• PESSOA	• PROCESSO	• CONTEXTO	• TEMPO
Estudo de caso 7	<p>Necessidades de experiências que respeitem as características individuais:</p> <p>Experiência anterior com o filho que nasceu prematuro, mas identifica maiores complicações da filha atual.</p>	<p>Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos:</p> <p>Gestação não planejada. Houve maior aproximação entre o casal após o nascimento prematuro e interação na UTIN. Apresenta interação com membros da família extensa paterna e materna, que participam ativamente do cuidado. Relata afastamento do grupo de amigos.</p>	<p>Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos:</p> <p>Durante o período de internamento teve bom relacionamento com a equipe da UTIN, mas não houve manutenção do vínculo após a alta. Vínculo e apoio da família extensa paterna e materna.</p>	<p>Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento:</p> <p>Família tranquila na prática de cuidados à criança, demonstra-se engajada e interessada. A experiência anterior com nascimento prematuro fortaleceu a mãe na superação do medo inicial, a qual apresentou evolução da capacidade de cuidar, na medida em que buscou informações e adquiriu maior conhecimento.</p>
	<p>Necessidades de estabelecimento de limites, organização e expectativas:</p> <p>Família supervaloriza a vulnerabilidade da filha nascida prematura e instituiu cuidados redobrados na rotina do dia-a-dia. Atraiam a isso a história de internamento e complicações fisiológicas que a criança apresentou.</p>		<p>Necessidades de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural:</p> <p>Vínculo importante com a UBS e especialidade.</p>	
			<p>Necessidades mínimas de proteção física segurança e regras:</p> <p>Preocupação em relação às vacinas da filha e imunidade. Busca implementar todos os cuidados que são orientados nas consultas.</p>	

QUADRO 3 –COMBINAÇÃO DE PADRÃO

(Continuação)

ASOS	• PESSOA	• PROCESSO	• CONTEXTO	• TEMPO
Estudo de caso 8	<p>Necessidades de experiências que respeitem as características individuais:</p> <p>Prematuro extremo, família identifica a filha como calma, tranquila e guerreira.</p>	<p>Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos:</p> <p>Gestação não planejada. Desde o nascimento houve pouca participação paterna e separação do casal. Vínculos fortalecidos entre mãe-prematuro, além de intensa interação com a família materna.</p>	<p>Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos:</p> <p>Apresentou bom relacionamento com a equipe da UTIN, mas não houve manutenção do vínculo após a alta. Vínculo e apoio da família extensa materna desde o início, o qual foi intensificado após a alta hospitalar.</p>	<p>Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento:</p> <p>Família demonstrou-se segura nos cuidados à criança desde o início, segue atentamente os cuidados orientados nas consultas de saúde e faz planos para o futuro.</p>
	<p>Necessidades de estabelecimento de limites, organização e expectativas:</p> <p>Única criança na casa, soma-se a isso a história vivenciada a partir do parto prematuro, o que implica superestima e superproteção por parte da família.</p>		<p>Necessidades de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural:</p> <p>Valorização do acompanhamento de saúde de alta complexidade, com pouca vinculação com a UBS.</p>	
			<p>Necessidades mínimas de proteção física segurança e regras:</p> <p>O domicílio familiar apresenta-se como um ambiente calmo e seguro, em que os avós e tia, juntamente com a mãe buscam atender as necessidades expressas da criança.</p>	

QUADRO 3 – COMBINAÇÃO DE PADRÃO

(Continuação)

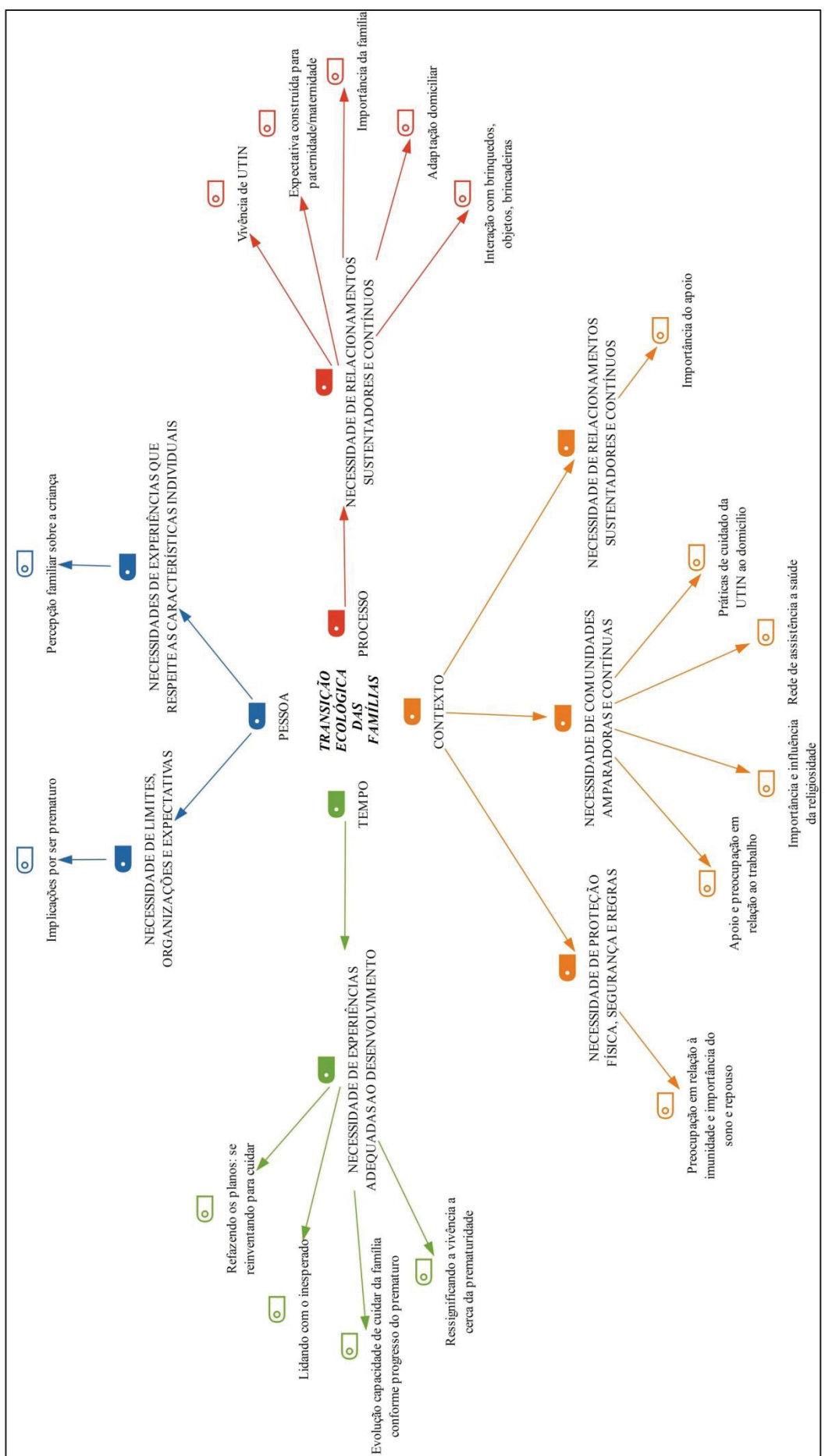
ASOS	• PESSOA	• PROCESSO	• CONTEXTO	• TEMPO
Estudo de caso 9	<p>Necessidades de experiências que respeitem as características individuais:</p> <p>Dificuldades na compreensão acerca do bebê real x bebê imaginado, além da implicação da fragilidade acerca do prematuro, o que resultou em superestima das características de fragilidade da criança.</p>	<p>Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos:</p> <p>Gestação não planejada no momento, mas desejada pela mãe. Não houve apoio nem vínculo com o pai. Os vínculos entre mãe-prematuro foram intensificados, além de interação com a família materna. Demonstra pouca preocupação quanto ao pai, pois o mesmo não demonstrou interesse em conhecer a criança e a mãe não deseja que o mesmo tenha relação com o filho.</p>	<p>Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos:</p> <p>Destaque para o apoio da família extensa materna e vínculo estabelecido entre a avó, tia e o prematuro desde o início, o qual foi fortalecido após a alta hospitalar.</p>	<p>Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento:</p> <p>Mãe apresentava-se insegura para realizar os cuidados do filho após a alta, mas adquiriu habilidades e superou o medo para atender as necessidades expressas da criança.</p>
	<p>Necessidades de estabelecimento de limites, organização e expectativas:</p> <p>Prematuro é cuidado com apreço redobrado, por ser a única criança da casa. Além disso, a fragilidade superestimada da família implica um cuidado superprotetor.</p>		<p>Necessidades de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural:</p> <p>Verificou-se vínculo com a equipe da UTIN durante o período de internação, mas não houve manutenção após a alta. Pouca vinculação com a UBS, e valorização da saúde de alta complexidade.</p>	
			<p>Necessidades mínimas de proteção física segurança e regras:</p> <p>A mãe dedica-se exclusivamente ao filho, o ambiente domiciliar apresenta-se seguro e calmo, em que a família toda se empenha no cuidado diário da criança. Sobretudo, apresenta preocupação quanto à imunidade.</p>	

FONTE: A autora (2019).

6.3 SÍNTESE DE CASOS CRUZADOS

Apresenta-se a síntese de casos cruzados por meio da apresentação de categorias de análise e suas subcategorias, que corresponde aos objetivos traçados. Os dados foram organizados conforme as categorias expostas na matriz analítica do desenvolvimento infantil de prematuros na perspectiva da Teoria Bioecológica e das necessidades essenciais descritas no capítulo 4. Nela, têm-se as categorias de análise: pessoa, processo, tempo e contexto; e as subcategorias de acordo com a matriz conceitual para análise do desenvolvimento infantil de prematuros, de modo a expressar a transição ecológica das famílias de crianças a partir do mapa mental gerado no software MaxQDA® (FIGURA 17) e sua descrição.

FIGURA 17 – TRANSIÇÃO ECOLÓGICA DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS PREMATURAS



FONTE: A autora (2019).

6.3.1 Pessoa

Começando pela categoriade análise “Pessoa”, o recém-nascido prematuro possui características físicas específicas, e estas podem ser traduzidas como “demandas” que causam reações de imediato na outra pessoa como, por exemplo: baixo peso, corpo pequeno e complicações fisiológicas. As disposições e recursos são percebíveis à família à medida que a criança apresenta inteligência, curiosidade, reações a partir de ação com outros adultos, e adquire habilidades com o passar do tempo, as características do contexto e as mudanças nos processos proximais.

Fazem parte dessa categoria as subcategorias de análise “Necessidades de experiências que respeitem as características individuais” com a subcategoria: percepção familiar sobre a criança, e da subcategoria de análise “Necessidade de estabelecimento de limites, organização e expectativas” a subcategoria: implicações por ser prematuro.

6.3.1.1 Necessidades de experiências que respeitem as características individuais

Percepção familiar sobre a criança

Durante o período na UTIN, as percepções familiares pautam-se em características do recém-nascido especialmente em relação ao peso, tamanho e a necessidade de uso de equipamento médico/hospitalar para manutenção vital. Essa percepção pode influenciar as interações iniciais importantes para o estabelecimento dos processos proximais em função do rompimento com a idealização do bebê e fragilidade vital apresentada pela criança.

Assim, é preciso acolher essa visão da família sobre as características de cada prematuro como única, a fim de fornecer cuidados que favoreçam o desenvolvimento infantil e fortalecer às famílias para a transição da UTIN ao domicílio. Além disso, ocorre o entendimento dos parâmetros clínicos na saúde da criança quando a família estabelece um padrão de acompanhamento da evolução da criança por parâmetros que até o momento não faziam parte do seu cotidiano. Não são imediatamente compreendidos pela família, mas dizem respeito a características de “recursos” da pessoa em desenvolvimento. Nesse caso, o prematuro possui características únicas, pois a partir dos parâmetros clínicos relacionados à saúde da criança, a família busca, por meio de uma dimensão visível, quantitativa do senso comum, acompanhar os recursos vitais do filho e pode determinar o engajamento favorável ou desfavorável dos processos proximais com a família.

Com a criança em casa, após um período de convivência mais duradouro, durante a segunda visita domiciliar, foi possível perceber que a família passa a reconhecer as características da criança e aprende a atender as necessidades individuais apresentadas. Nessa fase, a família possui processos proximais mais fortalecidos com o prematuro e consegue identificar o perfil único da criança ao mencioná-las *disposições*, como, por exemplo, identificá-las como criança calma e tranquila e salientar melhora atribuída ao ganho de peso.

Na última visita domiciliar, as características da criança percebidas pela família começam a se distanciar da impressão inicial no momento que conheceram na UTIN, pois agora, em casa, com os processos proximais regulares e mais complexos, a família percebe as características que vão além das físicas e identifica *disposições*, como por exemplo, curiosidade, manha e temperamento mais calmo. Dessa forma, é possível para a família fornecer cuidados individuais voltados para características únicas de cada criança.

A percepção acerca das necessidades da criança que requer atenção da família é permeada por dificuldades em fazer a leitura e compreender o filho, devido às suas características específicas relacionadas à prematuridade, sobretudo pelo tempo que permaneceram distantes, configurando-se como um desafio inicial a ser superado pela família. As percepções dos pais sobre seus filhos pautam-se mais em padrões biológicos, como problemas cardíacos, baixa imunidade, ganho de peso e cólicas. É importante que a família seja apoiada e saiba observar o desenvolvimento do filho, a fim de identificar as *demandas*, *recursos* e *força* para que possa auxiliá-lo na promoção de um desenvolvimento saudável em cada um de seus filhos individualmente e para toda a família.

Na segunda visita domiciliar, os *recursos* da criança, que nesse momento foram expressos como os problemas de saúde apresentados pelo prematuro, começam a se tornar menos preocupantes, como por exemplo, melhora da cólica e bom prognóstico em relação ao sopro cardíaco, que algumas das crianças acompanhadas apresentavam. Em uma das famílias, o filho necessita de cirurgia para correção de uma hérnia inguinal, o que traz preocupação e medo.

No encerramento do caso, na terceira visita, observa-se que a preocupação inicial estava relacionada com as necessidades biológicas da criança que, ao longo do tempo, foram se resolvendo e a família fortaleceu-se para o cuidado dessas necessidades. Destaca-se aqui que duas das famílias acompanhadas apresentam problemas de saúde que necessitam de maior atenção. A família 1 demonstra preocupação devido à criança aguardar na fila para realização de cirurgia de correção de hérnia inguinal. A família 7 também compartilha dessa mesma preocupação em que a filha apresentou descolamento de retina, diagnosticada, portanto, com

retinopatia da prematuridade, o que reduz significativamente a acuidade visual de um dos olhos e outro com cegueira total.

A percepção acerca do desenvolvimento da criança foi expressa com maior intensidade a partir da segunda visita domiciliar, período que, em decorrência do contexto e do tempo, as interações entre a criança e a família tornaram-se cada vez mais frequentes, e isso favorece o potencial para o seu desenvolvimento por meio de processos proximais mais fortalecidos. As *disposições* da criança, como a curiosidade pelos elementos que fazem parte do seu ambiente imediato, despertam maior responsividade com a família. Além disso, é possível verificar que a família busca fornecer estímulos que contribuam para a interação entre o prematuro e o ambiente para favorecer o desenvolvimento, e reconhece que os marcos do desenvolvimento seguiram padrões diferentes de uma criança nascida a termo, com a necessidade de realizar a idade corrigida devido à prematuridade.

Com o tempo, a vivência da família com a criança nesse microssistema possibilita interações contínuas que implicam tanto mudanças significativas no desenvolvimento quanto percepção familiar sobre a aquisição de habilidades relativas ao desenvolvimento. Nos relatos analisados, é possível identificar a percepção familiar acerca do crescimento da criança, ausência de doença e aquisição de habilidades, sobretudo sensoriais e motoras, e traçar comparações com o mês anterior, em que não apresentava tais habilidades. Essa é a maneira pela qual a família acompanha a evolução do desenvolvimento infantil e busca ainda fornecer estímulos que favoreçam esse processo gradual e contínuo da criança.

6.3.1.2 Necessidade de limites, organizações e expectativas

Implicações por ser prematuro

Na primeira visita em casa, após a alta, foi possível verificar que a família apresenta certa dificuldade em atender as necessidades de estabelecimento de limites, organização e expectativas, primeiramente, por tratar-se de um bebê que acaba de chegar ao domicílio, o qual necessita de ambiente e padrões de cuidados organizados devido à história de internamento, instabilidade vital e a fragilidade do prematuro muitas vezes superestimada. Esses fatos têm implicações no papel da família no estabelecimento de limites, que pode ficar comprometido, pois a família tende a compensar esses aspectos em um cuidado superprotetor. É preciso orientar os pais quanto à compreensão dos períodos de desenvolvimento do prematuro a fim de não elaborarem expectativas incompatíveis com a criança. Ademais, deve-se estimular a continuidade dos processos proximais de forma gradual e

frequente, de modo a superar o medo com interações permeadas por afeto e sentimento acalentador.

Na segunda visita, com maior vivência da família com o filho em casa, isso implicou melhor visualizaçãodas características do prematuro e, na busca de compensar o tempo hospitalizado na UTIN, implicou fornecimento de cuidado redobrado. Salienta-se ainda que, conforme a evolução da criança é otimizada com o passar do tempo, as expectativas sobre ela se tornam cada vez mais positivas.

Ao encerramento do caso, a família relembra a fragilidade inicial do prematuro e verbaliza as dificuldades iniciais, sobretudo das expectativas elaboradas acerca da vitalidade e tamanho do filho. Destacam-se a percepção familiar acerca da fragilidade superestimada, que implica fornecimento de cuidados redobrados, e dificuldade na implementação de limites, organização e expectativas.

6.3.2 Processo

Nesta categoria de análise “Processo”, destacam-se as interações desse período que tem os diferentes contextos, principalmente a transição da UTIN ao domicílio a partir da relação afetiva e participativa com a criança, por meio das ações de cuidados prestados no dia-a-dia, como amamentação, brincadeiras e convívio com demais familiares.

Faz parte dessa categoria a subcategoria de análise “Necessidade de relacionamentos sustentadores e contínuos” com as subcategorias “Expectativa construída para paternidade/maternidade”, “Importância da família”, “Adaptação domiciliar” e “Interação com brinquedos, objetos, brincadeiras”.

6.3.2.1 Necessidade de relacionamentos sustentadores e contínuos

Vivência de UTIN

A vivência da família na UTIN no período de hospitalização do filho é um momento de tensão, ansiedade, incerteza e expectativa, especialmente para a figura materna, que por vezes tem uma *descontinuidade* em sua relação com os demais membros da família, inclusive com os outros filhos, ao priorizar sua permanência no hospital e buscar estabelecer *interações sustentadoras e contínuas* com o filho prematuro. Mesmo assim, as interações entre mãe-prematuro são limitadas, pois os momentos que passam juntos são períodos curtos de tempo e não ocorrem com tanta regularidade. A mobilização da família para apoiar a permanência da

mãe é essencial nesse processo. Além disso, é preciso um olhar atento dos profissionais de saúde para atender as necessidades expressas de cada família individualmente a fim de favorecer o vínculo entre família-prematuro.

Expectativa construída para paternidade/maternidade

Considerar a expectativa construída dos pais sobre sua função parental desde a gestação favorece compreender como o parto prematuro rompe com esse imaginário e acarreta possíveis sobrecargas físicas e psicológicas na família. Os pais que idealizaram o cuidado ao filho precisam transferir essa responsabilidade para equipe de saúde ao compreender que a vida do recém-nascido prematuro depende de cuidados complexos e tecnológicos, o que resulta no adiamento desse papel parental diante dessa situação inesperada. Sendo assim, nesse contexto temporário que é a UTIN, é preciso incluir os pais em atividades que permitam eles fornecer um cuidado sustentador ao filho, a fim de amenizar o impacto da internação sobre o seu papel parental e o estabelecimento dos processos proximais, essenciais para o desenvolvimento infantil.

Quando ocorre a mudança de contexto da UTIN para casa, isso possibilita o fortalecimento dos processos proximais entre família-prematuro que havia sido alterada com a internação na UTIN. No microsistema familiar, os pais podem afirmar sua função parental, que não pode ser exercida de forma mais intensa, logo após o nascimento do filho devido à prematuridade e hospitalização. Além disso, nos relatos obtidos, a família relata orgulho da trajetória percorrida do filho, o que intensifica suas interações no domicílio por tudo que já foi vivenciado e favorece o estabelecimento dos relacionamentos sustentadores e contínuos com implicações diretas para o desenvolvimento do prematuro.

Foi evidenciado nas entrevistas que, ao poder realizar os cuidados ao filho e conviver com ele em casa, a família vivencia a concretização para o papel parental. Com isso, estabelecem-se as funções, papéis e atividades de cada membro da família nesse microsistema, em que se evidencia a função materna com maior interação com o prematuro. Por outro lado, destaca-se que a função paterna ficou mais presente nesse contexto; relaciona-se isso à vitalidade do filho, além dos processos proximais estarem mais fortalecidos entre eles.

Importância da família

Interações sustentadoras e afetuosas como manter contato visual, pegar no colo e o toque são importantes para o estabelecimento dos processos proximais entre a criança e sua

família. No momento do internamento na UTIN, as interações entre o prematuro e a família ficam comprometidas, tendo em vista a necessidade de permanecer na incubadora e/ou usar óculos de proteção visual. Devido ao fato de essas interações serem limitadas e não ocorrerem com tanta frequência, os processos proximais ficam prejudicados. Assim, fomentar ações que permitam o estabelecimento do vínculo a partir de interações sustentadoras e contínuas entre família e o prematuro é uma condição interveniente dos profissionais que atuam no contexto neonatal.

Após a alta hospitalar, destaca-se a importância do microssistema de domicílio familiar como componente principal e significativo das interações que ocorrem com o prematuro e sua família, em que os processos proximais tornam-se frequentes e gradativamente mais complexos, pois é quando é oportunizado por meio do microtempo que a continuidade dos processos ocorra. Isso advém mais intensamente com os familiares presentes nesse microssistema, sendo mãe, pai e irmão que interajam frequentemente com o prematuro.

Destaca-se nas narrativas deste estudo a importância do apoio da família extensa e da nuclear para que se possam estabelecer com afimco os processos proximais com o prematuro e fornecer os cuidados necessários ao desenvolvimento. Assim, destaca-se que a família precisa estar amparada pelos demais membros da família e que outros atores participem ativamente desse contexto para atender as necessidades essenciais do prematuro e da família nesse processo de transição.

Identificou-se nos relatos analisados, especialmente na terceira visita domiciliar, que é reconhecida pelos participantes do estudo a importância de um microssistema familiar com interações contínuas entre os familiares e o prematuro, pois reconhece-se como favorável ao desenvolvimento da criança, ao papel parental e à construção de vínculo com o prematuro. A família sublinha o apoio recebido para poder proporcionar os cuidados necessários ao prematuro desde o nascimento até os dias atuais. Destacam-se ainda os processos proximais fortalecidos entre a criança e os membros familiares ao manter interações contínuas face-a-face de forma regular e frequente. O nascimento do prematuro parece ter efeito ambíguo nas relações conjugais, ao verificar que, em algumas famílias, o relacionamento do casal teve maior coesão, mas por outro lado, em alguns casos, houve rompimento da relação. Nesses casos, a mãe relata que reconhece a falta que a presença paterna implicará no desenvolvimento do filho.

Adaptação domiciliar

A chegada do prematuro em casa representa a transição ecológica e implica mudanças de papéis, atividades e interações no domicílio. Esse movimento causa na família sentimentos ambivalentes, pois, nos relatos analisados, essa vivência causa felicidade por ser um marco importante que representa afirmação do seu papel parental e vitalidade do filho. Por outro lado, ao compreender que práticas de cuidados à criança são de responsabilidade dos pais, acarreta medo por temer que suas práticas estejam equivocadas e possam vir a prejudicar o filho, como por exemplo a prática do banho. Em muitos dos casos acompanhados, foi realizada por outro membro da família de confiança dos pais. Além disso, buscaram realizar um cuidado redobrado, atitude que reafirma a fragilidade do prematuro, especialmente devido a seu tamanho.

No microssistema da família, é possível perceber a aquisição de autoconfiança para realização dos cuidados ao prematuro. Destaca-se a realização do banho com mais segurança e a valorização dessa prática, que anteriormente representava um desafio, além dos cuidados instituídos para manter a imunidade da criança, como por exemplo, evitar sair de casa e manter um cuidado redobrado atribuído a supervalorização da fragilidade do prematuro.

Os cuidados fornecidos ao prematuro no microssistema familiar tornam-se cada vez mais concisos devido à continuidade dos processos proximais estabelecidos, condição de saúde da criança e habilidades desenvolvidas pelos membros da família. Porém, no discurso dos pais, é possível perceber que estes ainda concentram-se nas adversidades vividas pelo filho no início da vida e superestimam a sua condição de saúde ao buscar compensar essa fase por meio de cuidados com excesso de zelo e superproteção. Além disso, a família relata que um dos benefícios em ter o filho continuamente consigo é a possibilidade de vigilância do seu crescimento e desenvolvimento, além de a mãe tornar-se a principal cuidadora e dedicar-se integralmente à função materna.

Com a mudança de um microssistema para outro, quando a criança recebe alta da UTIN e vai para o domicílio, foram relatadas algumas dificuldades iniciais de adaptação, tanto para o prematuro quanto para a família. Quando ocorre o movimento de mudança do contexto ecológico do prematuro, há que se considerar que as relações estabelecidas nesses diferentes contextos implicam adaptação às novas atividades. Essas dificuldades influenciam sobretudo no sono e repouso da criança e resultam em rotina familiar alterada, medo e insegurança para fornecer os cuidados ao filho. É necessário preparar a família para reconhecer que o processo de adaptação da criança em casa poderá levar algum tempo, o que torna necessário que a família tenha paciência e mantenha interações afetuosas e contínuas com o filho para facilitar esse processo e otimizar as ações para o desenvolvimento.

Nos relatos obtidos durante o encerramento do caso, percebe-se que, com os processos proximais entre família e o prematuro fortalecidos e as condições de saúde satisfatórias, sentimentos como o medo acerca da sobrevivência do filho ficam cada vez mais distantes. Além disso, a condição de ter um filho prematuro continua a acompanhar a família, que teme que algo aconteça e ele venha a ter que retornar para hospital, fato que vem acompanhado de lembranças frustrantes e estressantes. Sendo assim, é possível perceber que a superação do medo ocorre à medida que a vitalidade da criança se torna mais concreta.

Interação com brinquedos, objetos, brincadeiras

Nas entrevistas obtidas na segunda visita após a alta, destacam-se o envolvimento e interesse da criança por brinquedos e brincadeiras. A família relata que, nessa fase, o filho corresponde às interações por meio de brincadeiras e começa a demonstrar interesse por brinquedos e objetos, sendo um momento importante que favorece o desenvolvimento infantil por meio de atividades estimulantes e convidativas que tendem a ser cada vez mais complexas e contínuas.

Ao encerramento do caso, na última visita no domicílio, evidencia-se que os comportamentos de interação específicos em cada etapa evolutiva da criança são percebidos pela família nos relatos analisados. A oferta de brinquedos e objetos, além de brincadeiras, faz com que a criança seja mais responsiva, de maneira a estabelecer processos proximais e tornar o ambiente ecológico mais promissor para o desenvolvimento infantil.

6.3.3 Contexto

Na categoria de análise “Contexto”, em relação aos microssistemas, estes incluem a UTIN, domicílio, UBS e serviço de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento de crianças de alto risco. O mesossistema diz respeito à relação estabelecida entre a família do prematuro e o trabalho dos pais, serviços de saúde utilizados com o filho, profissionais que prestam assistência e grupo de amigos. O exossistema por sua vez inclui a vizinhança, a rede de suporte familiar e as áreas utilizadas para lazer e convívio social. O macrossistema constitui-se em um sistema mais amplo em termos de contexto do prematuro. Este relaciona-se às crenças, aos costumes, aos recursos materiais e ao estilo de vida da família, além dos padrões socioculturais globais ao incluir políticas públicas que afetam o desenvolvimento da criança e o suporte à família no cuidado do filho.

Faz parte dessa categoria a subcategoria de análise “Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural” com as subcategorias “Práticas de cuidado da UTIN ao domicílio”, “Importância e influência da religiosidade”, “Rede de assistência à saúde”, “Apoio e preocupação em relação ao trabalho”. Também fazem parte as subcategorias de análise “Necessidade de relacionamentos sustentadores e contínuos” com a subcategoria “Importância do apoio” e a subcategoria de análise “Necessidades de proteção física, segurança e regulamentação” com a subcategoria “Preocupação em relação à imunidade e importância do sono e repouso”.

6.3.3.1 Necessidade de relacionamentos sustentadores e contínuos

Importância do apoio

Nos relatos obtidos no período de hospitalização da UTIN, ressalta-se o impacto do nascimento prematuro e do internamento do filho em um contexto desconhecido, em que a família tem sua função parental limitada, o que implica sentimentos como sofrimento, tristeza e estresse, que podem ser compreendidos de maneiras diferentes de acordo com a gravidade de cada caso e a capacidade de compreensão do fato vivenciado. Algumas das famílias que fizeram parte deste estudo relataram que não conseguiram expressar verdadeiramente seus sentimentos durante a vivência na UTIN, em alguns momentos sentiram-se reprimidas e desamparadas. É imperativo que a instituição de saúde inclua cada vez mais as famílias como alvo de cuidados, buscando a prática de um cuidado integral e humanizado. Além disso, aliviar o estresse dos pais ao oferecer apoio sustentador é capaz de prevenir dificuldades parentais significativas que os pais podem passar para os filhos, a fim de otimizar interações dinâmicas positivas entre família-prematuro e salientar o benefício para o desenvolvimento infantil e a construção de vínculos.

No microsistema da UTIN, as interações entre as mães que vivenciavam situação semelhante favoreceram o estabelecimento de um relacionamento de amizade e solidariedade. O apoio mútuo, a troca de experiências e incentivo à autoconfiança amenizaram sentimentos de solidão e isolamento. Por meio de diálogos construtivos e sustentadores com outras pessoas que vivenciam os mesmos problemas, favoreceu-se o enfrentamento de ter um filho prematuro internado em UTIN.

Diante disso, identificou-se a importância do apoio familiar durante o internamento do prematuro na UTIN. O apoio evidenciado foi atrelado às relações familiares que modificaram-se após o nascimento prematuro, tanto com as relações conjugais quanto entre os

membros da família. O evento da prematuridade pode acarretar situações diversas entre as famílias: para algumas, ocasionou maior coesão e apoio entre o casal e acionou a família extensa, colocando-as em movimento para suprir atividades que beneficiassem os pais a dedicarem-se ao recém-nato; por outro lado, em algumas famílias deste estudo, os conflitos intensificaram-se elevaram à ausência da figura paterna, um componente essencial para satisfazer as necessidades irredutíveis das crianças no desenvolvimento infantil. Sendo assim, reconhece-se a importância de que os processos proximais familiares sejam fortalecidos para fornecer a criança uma base amparadora e estável.

6.3.3.2 Necessidade de comunidades amparadoras e contínuas

Práticas de cuidado da UTIN ao domicílio

Ao vivenciar um contexto que até então era desconhecido, com normas e regras hospitalares bem estabelecidas, a família busca adaptar-se e passa a implementar cuidados e precauções diante da compreensão dos benefícios para o prematuro. Em meio a sentimentos de ansiedade e expectativa em levar o filho para casa, compreendem a importância da permanência num contexto estável, que será capaz de proporcionar um cuidado amparador que a família nesse momento não possui competência técnica para executar e, por isso, valorizam o cuidado profissional que o filho recebe nesse período de internação.

Nesse contexto, em que a UTIN é o microssistema, a família tem suas práticas de cuidados limitadas. As mães do estudo referem preocupação com aleitamento materno e valorizam essa prática, pois é uma das poucas funções maternas desempenhadas nesse período de internamento reconhecidas por elas. Isso sublinha a importância de manter protocolos assistenciais no contexto neonatal que visem incluir e empoderar a família com funções exequíveis e a sua capacidade conforme evolução do estado clínico do prematuro, com vistas ao preparo para o cuidado domiciliar essencial para o desenvolvimento do filho. Reitera-se que as práticas de cuidado que serão executadas no domicílio pela família quando o filho receber alta hospitalar são uma preocupação constante quando ocorre a melhora do prematuro, vislumbrando com insegurança como isso se dará, expondo uma necessidade de um cuidado amparador dos profissionais da UTIN para com a família.

Devido à preocupação e dedicação das práticas de cuidado ao filho, o convívio social e a importância do lazer foram mencionados timidamente, pois a vivência da família com o prematuro fez com que alguns hábitos como lazer e convívio social fossem descontinuados para preservar a integridade do filho. Nos relatos, percebe-se que nesse momento, mesmo que

timidamente, a família começa a retomar algumas práticas que favorecem o convívio social, sobretudo, destaca-se a ida à igreja. É importante incentivar a família a cultivar hábitos que favoreçam o convívio com outras pessoas além daquelas que fazem parte do microsistema da criança, pois isso favorece o desenvolvimento da criança ao interagir face-a-face com pessoas diferentes daquelas que ela está acostumada e respeita as limitações da prematuridade.

Importância e influência da religiosidade

Durante a vivência na UTIN, a família busca na sua religiosidade amparo espiritual e emocional ao aproximar-se de Deus e do Sagrado como recurso de enfrentamento. As crenças, valores e hábitos que permeiam a religião são mencionados pelos familiares que buscam estimulante espiritual para se fortalecer e encontrar uma resposta transcendental para o fato vivenciado. Considera-se que o cuidado de enfermagem deve buscar atender todas as necessidades expressas pela família, que vivencia um momento ímpar durante o internamento do filho na UTIN, e dessa forma a dimensão espiritual deve ser alvo de ações ao considerar uma assistência integral.

Verifica-se na primeira visita domiciliar que o exercício da crença e valores da religião como forma de expressar os sentimentos vivenciados até o momento, sobretudo como forma de agradecer pela vida do filho, é encontrado no relato das famílias incluídas neste estudo. Com a chegada do filho em casa, a família faz a atribuição espiritual pela melhora do prematuro, com gratidão e realização de promessas como forma de alívio e conforto pela vivência. Esse exercício da fé auxilia no enfrentamento da família, dando força para que assim possam cuidar do filho.

A vivência da família com um filho prematuro fortalece a manutenção da influência religiosa e o apelo ao sagrado desde o período de internação na UTIN até o momento em questão. Porém, essa conexão da família com o sagrado evolui conforme o temor da finitude da vida do filho torna-se uma realidade distante, e o sentimento atribuído nesse momento é de gratidão e desejo atendido.

Ao encerramento do caso, aponta-se que o apego à religião apareceu no contexto de vida das famílias desde o início do estudo de caso e funcionou de maneiras diferentes conforme a vivência com o prematuro, que vai se modificando com as mudanças. É compreendida como uma forte ferramenta para o enfrentamento de tudo que foi vivenciado e nota-se que, atualmente, no momento em que os filhos apresentam boas condições de saúde, a partir de um processo reflexivo, as famílias concluem que a fé e suas práticas religiosas as fortaleceram e foram responsáveis pela vida do filho a partir de uma determinação divina.

Rede de assistência à saúde

Os serviços de saúde ofertados pelas comunidades devem ser capazes de atender as necessidades de saúde daqueles que cuidam. Nesse sentido, na primeira entrevista com as famílias ainda na UTIN, referiram percepções negativas relacionadas a esse contexto, pois quando necessitaram, vivenciaram angústia diante da possibilidade de uma transferência de cidade pela falta de vaga de terapia intensiva neonatal para o filho que nascera prematuro. Ademais, referem que o atendimento recebido nem sempre foi satisfatório. Isso implica reconhecer a complexidade da rede de assistência materno-infantil, com necessidade de proporcionar uma atenção individualizada à criança e sua família, monitoramento contínuo dos casos de alto risco e facilidades no encaminhamento para serviços que compõem a rede de atenção, de forma a minimizar os nós críticos existentes que muitas vezes não aparam de forma efetiva as famílias quando estas necessitam.

Na primeira visita domiciliar após a alta, *evidencia-se* a busca pela continuidade do cuidado ao prematuro. Devido à demanda de saúde que ele apresenta, intensifica-se a importância da inter-relação entre o microssistema familiar e os serviços de saúde que compõem a rede de atenção materno-infantil.

É relatada pela família a rotina frequente de exames e consultas e valorização do atendimento multidisciplinar no serviço de alta complexidade, pois assim ela recebe orientações e sana as dúvidas. Por outro lado, evidencia-se um distanciamento da UBS, identificada como um serviço destinado ao registro do peso e realização de vacinas. É necessário colocar em movimento a inter-relação entre os contextos ecológicos do prematuro para atividades complexas e contínuas, permeadas por mutualidade interativa entre os componentes da rede de atenção e a família com vistas à individualização do cuidado para que atendam a necessidade de saúde do prematuro e de sua família.

Verifica-se que na vivência da família não houve manutenção do contexto da UTIN, e em relação à rede de saúde, evidencia-se a importância dada aos serviços de alta complexidade, destinados ao atendimento do prematuro e pouca procura aos serviços de saúde da atenção primária. A frequência de consultas e exames relatados na visita anterior realizada à família não é mencionada nesse momento, porém, destaca-se um caso acompanhado que necessita de cirurgia para correção de hérnia e que sofre entraves devido à necessidade de autorização para cirurgia que será realizada na capital do Estado por não haver serviço de cirurgia pediátrica na cidade.

No encerramento do caso, na última visita domiciliar, salienta-se que, em relação à rede de saúde que faz parte do exossistema, esta apareceu no contexto de vida das famílias a partir da procura para atendimentos das necessidades específicas de uma criança de alto risco, devido à prematuridade, como consulta com especialidade, vacina especial, acompanhamento multiprofissional e realização de exames. Quando as famílias narraram a respeito da rede de saúde, verificou-se certo distanciamento da atenção primária e maior vínculo com os serviços de alta complexidade, mesmo que tenham encontrado algumas barreiras. Nesse caso, o mais identificado nos relatos da família foi o CISGAP, centro de assistência à criança de alto risco. Além disso, algumas famílias remeteram atendimento satisfatório das necessidades de saúde do filho com precisão por terem plano de saúde e/ou realizarem consulta particular. Isso traz implicações decisivas no modo de vida dessas famílias podendo refletir no desenvolvimento infantil, pois pode afetar os *seus viveres* na medida em que procuram atendimento e não tem suas necessidades atendidas. É importante buscar esforços para traçar estratégias que visem à assistência integral da saúde da criança, bem como a longitudinalidade e a individualidade.

Apoio e preocupação em relação ao trabalho

Nos relatos obtidos na primeira entrevista, destacam-se as limitações dos recursos relacionados ao trabalho paterno e como isso agiu como fonte de preocupação durante a vivência no contexto estudado. Dada a longa permanência do prematuro na UTIN, com horários fixos destinados à visita paterna (os quais são pouco cumpridos devido à falta de liberação do trabalho formal), há implicações no estabelecimento de vínculo entre pai-filho e no apoio à mãe. Ressalta-se aqui a importância de que os elementos do mesossistema, exossistema e macrossistema estejam alinhados a fim de proporcionar ações trabalhistas que considerem a vivência da família com o filho hospitalizado em função da prematuridade, de modo a fornecer comunidades estáveis e amparadoras com vistas ao desenvolvimento infantil.

Nos relatos obtidos no domicílio, nota-se que a dedicação ao cuidado do filho prematuro implica situações trabalhistas que podem comprometer os recursos financeiros da casa. Em algumas famílias acompanhadas neste estudo, a mãe demonstra preocupação com relação ao retorno do trabalho, pois almeja continuar a dedicar seu tempo ao cuidado do filho; por outro lado, reconhece a importância que os recursos financeiros advindos das atividades trabalhistas impactarão na renda do lar. Uma alternativa a que muitas mães trabalhadoras recorrem é colocar o filho em creche, porém, as famílias, por considerarem a fragilidade e história vivenciadas do prematuro, verbalizam não aceitar essa opção.

Percebe-se que o trabalho faz parte do mesossistema, contexto que influencia e é influenciado pelas dinâmicas inter-relacionais estabelecidas com a família nos processos proximais e tem implicações no desenvolvimento da criança, situação vivenciada e reconhecida pelas famílias deste estudo. Das famílias acompanhadas, na família 2, a mãe teve o benefício da licença maternidade, enquanto na família 5 a mãe trabalhava informalmente em casa. Nos demais casos, os recursos financeiros advindos do trabalho eram providos pelo pai ou pela família materna. Porém, com a saúde da criança reestabelecida, a preocupação acerca do retorno ao trabalho é retomada, mas no discurso materno há inquietações quanto ao cuidado do filho durante sua ausência para o trabalho, o que implica no adiamento do retorno ao mercado de trabalho, pois muitas verbalizaram que não desejariam matricular o filho prematuro na creche.

6.3.3.3 Necessidade de proteção física, segurança e regras

Preocupação em relação à imunidade e importância do sono e repouso

Nos relatos obtidos, a preocupação em relação à imunidade e importância do sono e repouso é evidenciada pela família, que faz menção aos cuidados implementados voltados para imunidade do prematuro, além de salientar que essa era uma preocupação constante e que cuidados foram instituídos para manter a integridade do filho. Além disso, é relatada pela família a importância do sono para o desenvolvimento da criança.

6.3.4 Tempo

Nesta categoria de análise “Tempo”, inclui eventos não esperados relacionados à prematuridade, que implicou mudanças no curso de vida familiar, a partir do momento que é afastado o risco de perda devido melhora do quadro clínico do filho, a concretização em ser pai e mãe torna-se mais plausível, os familiares começam a refazer planos para o futuro, com oportunidade para novos aprendizados a fim de favorecer o desenvolvimento do prematuro.

Faz parte dessa categoria a subcategoria de análise “Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento” com as subcategorias “Refazendo os planos: se reinventando para cuidar”; “Lidando com o inesperado”; “Evolução da capacidade de cuidar da família conforme progresso do prematuro” e “Ressignificando a vivência a cerca da prematuridade”.

6.3.4.1 Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento

Lidando com o inesperado

As famílias relatam sua vivência acerca da descoberta da gestação e momento do parto prematuro ao longo do tempo cronológico. Essa dimensão tem um impacto intenso para a família, sobretudo para mãe, que vivenciava o crescimento do filho no seu próprio útero e devido ao parto prematuro, altera seu papel parental a partir da descontinuidade do processo proximal quando transfere o cuidado necessário para sobrevivência do filho à equipe neonatal. Destaca-se aqui que as necessidades de experiências adequadas ao desenvolvimento devem ser fornecidas desde a gestação tanto pelos pais quanto pelos serviços de saúde, com ações específicas a esse período de tempo na vida das famílias, e, quando ocorre o parto prematuro, além de fornecer os cuidados intensivos à criança, os pais também devem ser apoiados e preparados para o cuidado que desempenharão no domicílio quando o filho receber alta hospitalar.

As narrativas familiares que reportam os acontecimentos que transcorreram ao longo da gestação, parto até o internamento na UTIN, em um tempo cronológico, incluem eventos não esperados relacionados à prematuridade. Evidencia-se a interrupção dos processos proximais essenciais para a sobrevivência quando há a necessidade da internação longa, o que altera os processos proximais esperados para esse período do recém-nato com a família, situação essa que gera mudanças inesperadas no curso de vida familiar. Essas mudanças podem constituir-se como elementos propulsores de transformações de continuidade dos processos proximais e, por serem consideradas uma evolução do enfrentamento, à medida que a família vai se adaptando aos novos acontecimentos, consegue envolver-se mais no contexto neonatal essencial para o filho prematuro.

Além disso, de forma inesperada, ocorre a inserção familiar no contexto da UTIN ao longo do tempo e exerce uma influência sobre a criança. À medida que os pais se familiarizam com o microssistema, com os cuidados tecnológicos implícitos e as normas e rotinas, eles buscam informações que os amparem para que assim possam compreender melhor o momento que estão vivenciando na vida familiar. Destaca-se a importância da continuidade de processos proximais entre equipe e família, pois isso influencia como estes recebem as informações acerca do ambiente e evolução do quadro clínico do prematuro. Isso implica poder confiar, além de aprender a fornecer experiências adequadas por meio dos cuidados à criança que a família exercerá no período de internação e após alta.

Refazendo os planos: se reinventando para cuidar

Com o transcorrer do tempo histórico do internamento na UTIN, afastado o risco de perda devido melhora do quadro clínico do prematuro, a concretização em ser pai e mãe torna-se mais pautável e a expectativa para alta hospitalar fica mais intensa. Os familiares relatam planos futuros à medida que a alta hospitalar vai se concretizando. Nesse período, ocorre o planejamento do tempo para dedicar-se à criança no domicílio, para que assim, ela receba as interações e cuidados necessários ao melhor desenvolvimento possível.

As famílias relatam que as mudanças ocorridas ao longo do tempo, da internação até o momento em que o filho recebe alta da UTIN, a transição entre o contexto hospitalar e domiciliar, resultam em transformações necessárias que devem ocorrer para proporcionar as experiências adequadas às famílias e ao prematuro com vistas à promoção do desenvolvimento infantil. Essas mudanças constituem-se de momentos propícios para novos aprendizados, em fontes de informações como internet, profissionais de saúde e outros membros da família, em que se busca inteirar-se das práticas de cuidados que possam favorecer o desenvolvimento do filho.

Evolução capacidade de cuidar da família conforme progresso do prematuro

Nos relatos, destaca-se que ao longo do tempo cronológico a família traça comparações em relação ao quadro clínico do filho apresentado logo após o nascimento e dá maior visibilidade ao atual estado de saúde. Essa comparação permeada pela temporalidade permite à família vislumbrar numa dimensão visível o desenvolvimento do prematuro e, assim, reafirmar sua vitalidade e concretizar sua função parental.

Além disso, ao considerar as mudanças que ocorrem com o passar do tempo cronológico, destaca-se que, por meio dessa dimensão temporal, a família traça comparações entre o passado e o presente em relação do desenvolvimento do prematuro, o que evidencia as mudanças ocorridas com a criança e no ambiente desde o seu nascimento até o momento atual. Sobretudo, destaca-se cada vez mais a superação do momento de crise com dados objetivos da vitalidade do filho de forma mais explícita, especialmente no que diz respeito às características físicas que tornam-se mais evidentes e, assim, os processos proximais se solidificam cada vez mais.

Destaca-se, assim, que a percepção familiar acerca das mudanças do filho ao longo do tempo pauta-se sobretudo nas características físicas que se tornaram mais evidentes para quem acompanhou essa evolução desde o início e, portanto, verbaliza aspectos relacionados ao tamanho, peso e mudanças corporais, que significam acima de tudo a concretização da

sobrevivência e saúde do prematuro, conquistada através do microtempo em que as necessidades apresentadas pelo filho estão sendo atendidas à medida que a criança evolui.

Os relatos indicam a importância do ambiente domiciliar para a família e para a criança, pois é nesse microsistema que ocorrem a continuidade dos processos proximais e as interações entre família-prematuro. Além disso, fornecer os cuidados adequados ao desenvolvimento do filho no tempo presente remete um significado especial para a família que, anteriormente no período de permanência na UTIN, vivenciava a descontinuidade dos processos proximais e não podia exercer sua função parental de forma completa.

Verificou-se também a evolução da capacidade de cuidar da família e esta relaciona-se ao atual estado de saúde do filho e à ausência de doenças. A família compreende que as práticas de cuidado implementadas até o momento foram adequadas e, além disso, expressa que o medo, na fase inicial de transição para a casa, em cuidar do filho prematuro, diminuiu e a capacidade de cuidar cresceu, o que permitiu estabelecer os processos proximais com o filho e buscar atender as suas necessidades conforme o desenvolvimento evolui. Dessa forma, ocorre o fortalecimento da família com o desenvolvimento de autonomia, independência e responsabilidade, que favorecem o engajamento em atividades e papéis para a realização das práticas de cuidado decorrentes das interações mais seguras, relacionados à evolução perceptível do prematuro.

As mudanças percebidas desde o nascimento prematuro são destacadas pela família no encerramento do caso. Ao considerar as mudanças ocorridas ao longo do tempo cronológico, é possível identificar as modificações causadas pela prematuridade nas pessoas, no ambiente e no próprio prematuro. Ressalta-se que histórias de vida relatadas pelos participantes da pesquisa remetem às implicações que tiveram pelo tempo transcorrido na gestação, tempo de internamento na UTIN e chegada com o filho em casa. As mudanças incluem novos hábitos de vida, círculo de amizade alterado, fortalecimento da família e felicidade em ter a criança saudável em casa. Destaca-se que as mudanças ocorridas no contexto ecológico ao longo do tempo exercem influência na família e na criança e impactam no seu desenvolvimento a partir da continuidade e/ou descontinuidade dos processos proximais.

Ressignificando a vivência acerca da prematuridade

As narrativas familiares durante o encerramento do caso reportam às lembranças temporais do período do nascimento prematuro e relembam a internação prolongada na UTIN, de modo a resignificar o tempo presente e expressar sentimentos de alívio. Destaca-se

que, ao analisar os relatos, percebe-se a importância da continuidade dos processos proximais entre família-prematuro ao relembrar com pesar o que foi vivenciado na UTIN e valorizar o período de permanência no domicílio, onde as interações foram mais frequentes e foi possível proporcionar os cuidados necessários à saúde do filho.

Nos relatos obtidos em casa, é possível verificar que a família vislumbra planos para o futuro. Na perspectiva bioecológica, a continuidade dos processos proximais com o prematuro sem risco de vida permite à família vislumbrar o futuro a partir da concretização em ser pai e mãe após tudo que foi vivenciado. Os planos para o tempo futuro incluem atender as necessidades e fornecer as interações de uma criança saudável com o melhor desenvolvimento possível.

7 DISCUSSÃO

A partir das vivências das famílias, observadas segundo uma concepção ecológica, as dimensões do modelo de Bronfenbrenner estão presentes em seus cotidianos e interconectadas entre si. A todo tempo, elas influenciam e são influenciadas pelas circunstâncias que se apresentam na busca em atender as necessidades essenciais dos prematuros com vistas ao desenvolvimento infantil.

A transição da UTIN para o domicílio pode ser entendida como uma mudança de contexto ocorrida na vivência das famílias acompanhadas neste estudo, pode ser analisada a partir da luz do conceito de transição ecológica, em que:

Ocorre uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa no meio ambiente ecológico é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente, ou ambos.(BRONFENBRENNER, 1996, p. 22)

Essa transição envolve mudança de papéis e implica consolidar diferentes relações dentro do contexto, constitui-se numa condição instigadora para promoção do desenvolvimento, ao considerar como um momento propício ao desenvolvimento de novas habilidades à medida que é ofertado apoio e segurança à criança (ALVES, 1997).

Nessa discussão, traz-se à tona a dimensão **pessoa**, nesse caso o prematuro, face às necessidades de experiências que respeitem as características individuais, a qual implica uma adaptação da família nos diferentes contextos em que a criança está inserida, diante das características específicas acerca da prematuridade, determinadas biopsicologicamente e construídas na sua interação com o ambiente. Por exemplo, o tamanho da criança e as limitações decorrentes da prematuridade são características definidoras do prematuro na dimensão pessoa e relacionam-se diretamente com a necessidade essencial de se compreender e respeitar tais particularidades.

É importante enfatizar que Bronfenbrenner reconhece a relevância dos aspectos biológicos e genéticos da pessoa. O autor faz referência às características pessoais que os indivíduos trazem com eles para qualquer situação social e a como elas são capazes de modificar o ambiente e o estabelecimento dos processos proximais inerentes ao desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2011; TUDGE et al., 2009).

Os resultados encontrados na subcategoria “percepção familiar sobre a criança” relacionam-se às características físicas e biológicas do prematuro e como isso influenciou as práticas de cuidados nos contextos vivenciados. Buscou-se compreender os parâmetros clínicos

durante o período de hospitalização e verificar a evolução e aquisição de habilidades a partir de comparações com o mês anterior já no domicílio, em que essa trajetória é permeada por dificuldade em suprir as necessidades por ela ser prematura e possuir uma individualidade e peculiaridade biológica.

A percepção familiar sobre o prematuro é compreensível, pois os bebês prematuros são frágeis, apresentam complicações no sistema respiratório e cardiovascular, correm risco de hemorragia cerebral e lesões e ainda podem necessitar de cuidados intensivos neonatais por longos períodos. Além disso, alguns bebês nascidos prematuramente podem apresentar deficiências no desenvolvimento neurológico e apresentar dificuldades de aprendizagem, déficits de atenção e problemas emocionais. Isso tudo representa altos custos tanto para a família quanto para a sociedade em geral no que diz respeito a cuidados intensivos neonatais e subsequente acompanhamento médico, educacional e de serviço social (MINDE; ZELKOWITZ, 2008; WOYTHALER, 2018).

Assim, os padrões fisiológicos e comportamentais de um prematuro implicam necessidades de experiências que respeitem as características individuais para o seu melhor desenvolvimento. Os pais devem adaptar seu cuidado às suas percepções dos filhos, muitos traços de personalidade derivam não somente de uma característica assoladora, mas da interação de múltiplos fatores. Os recém-nascidos podem ser percebidos e suas características únicas identificadas diante de muitos aspectos: a forma como reagem ao toque, som, imagens, maneira como organizam seus movimentos. Isso representa o comportamento individual, e entendê-lo pode ajudar os pais a conhecer seus bebês (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

Nesse sentido, em uma perspectiva bioecológica, a prematuridade representa uma variação nos recursos biológicos disponíveis para se engajar em qualquer atividade que exija interação por longos períodos de tempo, pois, desde o nascimento, os bebês biologicamente prejudicados apresentam menor capacidade de manter interações recíprocas com o ambiente e as pessoas (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

Em consonância com os achados desse estudo, Bronfenbrenner e Morris (2006) enfatizam que as características da pessoa com maior probabilidade de influenciar o desenvolvimento futuro seriam as disposições comportamentais que podem pôr em movimento os processos proximais e sustentar, ou ainda, agir de maneira inversa, retardar ou até impedir a sua ocorrência. Por exemplo, após o nascimento, os bebês reagem especialmente à estimulação vestibular; quando colocados em posição vertical perto do corpo, buscam se acalmar. Em seguida, aos três meses, a exploração visual estende-se para além dos objetos proximais e é mais provável que a voz da mãe provoque respostas, especialmente na forma de

vocalizações recíprocas. Já a partir dos seis meses, a criança começa a manipular objetos espontaneamente de maneira proposital. Dessa forma, tanto a vocalização quanto o gesto estão sendo usados para atrair a atenção dos pais e influenciar seu comportamento, a fim de iniciar e sustentar a interação recíproca com um círculo cada vez maior de pessoas no ambiente imediato da criança (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

Dessa forma, para a promoção do desenvolvimento infantil pela família, é necessário apoio adequado para ajudar os pais a lidar com o nascimento prematuro e melhorar sua capacidade e confiança para compreender e cuidar de seus bebês (YU; ZHANG; YUAN, 2019).

A literatura faz referência a esses fatos ao considerar que os recém-nascidos prematuros apresentam desvantagens biológicas, pois possuem sistemas imaturos e precisam adaptar-se ao contexto da UTIN, em vez de permanecer no ambiente intra-uterino ideal (LIPNER; HURON, 2018). Portanto, a tecnologia da UTIN, além de interferir no vínculo com a família, prejudica o desenvolvimento do sistema neurológico por meio dos cuidados complexos e alta demanda de intervenções às quais essas crianças frequentemente estão expostas, o que acarreta condições negativas ao seu desenvolvimento (LAVALLÉE et al., 2019).

Em um estudo com objetivo de descrever e entender as experiências de mães de bebês prematuros durante os primeiros doze meses em casa após a alta de uma UTIN, realizado em 2019, encontraram-se resultados semelhantes a esta pesquisa, em que a mãe reconhece a fragilidade do bebê prematuro e apresenta-se consciente das necessidades e demandas especiais de seu bebê prematuro e relata ainda que não pode tratar seu filho como trataria um recém-nascido a termo, de forma a mostrar-se constantemente preocupada e superprotetora. Acompanha atentamente o crescimento e desenvolvimento do filho, em que cada progresso é comemorado, mas por outro lado, se não o alcança, é levada a sentimentos de frustração e desapontamento (GRANERO-MOLINA et al., 2019).

Segundo os participantes do estudo, a quantidade de estresse e ansiedade na alta hospitalar depende do grau de prematuridade, da permanência hospitalar e da necessidade de cuidados constantes da criança. As mães estão cientes das complicações médicas, do risco de readmissão e do desenvolvimento lento do prematuro. Problemas sensoriais, respiratórios ou alimentares, bem como dificuldades emocionais e cognitivas, são comuns. O medo de não ser capaz de lidar com problemas imprevistos ou complicações fatais, bem como o pensamento de seus bebês adoecerem e terem que voltar ao hospital assombra as mães (GRANERO-MOLINA et al., 2019).

Além disso, nos primeiros anos de um bebê, são atribuídas a ele características de estímulo pessoal que são capazes de evocar reações por parte de outras pessoas que fazem parte do ambiente e que interagem com o bebê (BRONFENBRENNER, 2011). Quando o estímulo a essas reações é elevado, mas não é moderado por quem está no entorno, as manifestações resultantes podem levar a uma reação exagerada e, na ausência de estratégias ambientais apropriadas, resultar em disfunções do desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER, 2011). Essa situação pode ser vivenciada em prematuros, uma vez que os resultados apresentaram preocupações em demasia pela saúde e superproteção do recém-nascido, tanto pela mãe quanto por outros membros da família.

A inquietação familiar em relação à característica biológica do nascimento prematuro como pequenas ou frágeis e sua influência no desenvolvimento expressa suas crenças pela forma como caracterizam as crianças e seu desenvolvimento atual e demonstram preocupações em relação a característica específica da Pessoa (LEMOS; VERÍSSIMO, 2015).

Os achados desta pesquisa revelam, por meio da subcategoria “implicações por ser prematuro”, que a família é direcionada a fornecer os cuidados com base na sua percepção sobre o filho. No caso do prematuro, atribui-se à fragilidade, pelo tamanho, tempo de internação e história vivida, e então busca-se, assim, fornecer um cuidado redobrado e postura de superproteção, podendo interferir no desenvolvimento da criança.

O cuidado redobrado e superproteção foram resultados obtidos a partir de uma metassíntese que indica que as mães cuidam de seus bebês prematuros de forma compensatória por até três anos após o nascimento do filho. Em sua busca para se redimir de uma culpabilização, os pais aparentemente acabam fornecendo superproteção para seus bebês, colocando-os acima de suas próprias necessidades como forma de compensar o prematuro pelo seu começo "desagradável" e protegê-lo de complicações que podem causar outra hospitalização (ADAMA; BAYES; SUNDIN, 2016). Cabe ressaltar que essa atitude apresenta efeito prejudicial durante a infância, na medida em que representa um meio pelo qual os pais exibem os seus medos ao restringirem a criança de algumas atividades e dificultarem, portanto, a interação social (ADAMA; BAYES; SUNDIN, 2016).

Em concordância, os pais descrevem um vínculo muito peculiar com seu bebê prematuro; diferentemente do que eles têm com seus outros filhos a termo, considerando-os “uma criança especial”, essa relação emocional é distorcida por sentimentos de culpa, associados à perda da “criança ideal”, e afeta a maneira como disciplinam e educam seu filho. As necessidades expressas do prematuro, aliadas à percepção de uma “criança doente”, geram diretrizes rígidas que afetam todos os aspectos da vida familiar. São impostas medidas

rigorosas de higiene, como a lavagem constante das mãos e a esterilização dos objetos usados na alimentação do bebê prematuro. Esses padrões são transferidos para suas vidas sociais, pois são impostas restrições às visitas de familiares e amigos com a justificativa de manter um horário de sono ou evitar uma possível infecção da criança, o que restringe o convívio social de toda família (GRANERO-MOLINA et al., 2019).

Na perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano, é importante levar em consideração as características da pessoa e do ambiente em que os processos ocorrem, pois, de acordo com a natureza do processo, o poder, o conteúdo e a direção dos processos proximais impactarão de maneiras distintas no desenvolvimento, que pode variar sistematicamente (BRONFENBRENNER; CECI, 1994).

Ao considerar a interdependência das dimensões que compõem a Teoria Bioecológica, os processos proximais receberam um lugar de destaque, sendo considerados o motor do desenvolvimento por Bronfenbrenner e Morris (1998). Sendo assim, os **processos proximais** precisam ser amplamente discutidos ao analisar a transição ecológica das famílias de prematuros egressos de UTIN.

Em uma das proposições escritas pelo autor, salienta-se que: “o desenvolvimento psicológico dos pais é intensamente influenciado pelo desenvolvimento dos filhos” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 52). Verifica-se assim que os achados desta pesquisa vão ao encontro dessa afirmativa. A subcategoria “vivência da UTIN” gera tensão, ansiedade, incerteza e expectativa, o que implica maior necessidade de apoio à família.

A maior parte dos bebês prematuros necessita de internação prolongada dependendo da idade gestacional e condição clínica. Isso tem sido descrito como uma experiência traumática e significativamente estressora para muitas famílias. Pais de bebês prematuros apresentam níveis elevados de depressão, ansiedade e estresse que pode apresentar implicações negativas nas interações entre pais e filhos e interferir diretamente na qualidade do vínculo estabelecido e nos resultados de saúde da criança (HADDAD et al., 2019).

Destaca-se a importância do apoio recebido dos pais pelos demais integrantes da família como determinante no fortalecimento da autoconfiança em compreender as necessidades do filho e assim poder fornecer os cuidados necessários (ADAMA; BAYES; SUNDIN, 2016).

O apoio recebido de outros pais que passam por situação semelhante também é relevante. Curiosamente, alguns pais de bebês nascidos prematuros remetem positivamente sobre a importância do apoio recebido de outros pais que, por ocasião do internamento, conheceram-se no hospital e também tiveram seus filhos nascidos prematuramente, de forma

que permaneceram com seus filhos na UTIN no mesmo período. Há evidências de que o apoio de colegas pode melhorar a saúde mental dos pais (HALL et al., 2015).

Assim, a vivência na UTIN revela o impacto do nascimento prematuro e internamento do filho em um contexto desconhecido, com insegurança para levar o filho para casa, o que expressa a importância do apoio familiar, conforme relatos apresentados na subcategoria “Importância da Família”.

Isso nos remete à importância dos relacionamentos sustentadores contínuos, entre a família e o prematuro, sendo que essa necessidade é suprida quando se estabelece um vínculo entre o cuidador e a criança, por meio das interações contínuas que ocorrem nas situações cotidianas e quando este é permeado por atenção e amorosidade. A partir de um cuidado sensível com interações sustentadoras e afetuosas com o bebê, ajuda-se o sistema nervoso central a crescer e se desenvolver adequadamente (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

Outra subcategoria emergente nesta pesquisa diz respeito a “expectativa construída para paternidade/maternidade” durante a gestação, que aponta para a necessidade de desconstruir esse imaginário para que isso seja concretizado mais tardiamente em casa, quando a vitalidade do filho torna-se mais estável e essa torna-se real.

Resultados semelhantes foram encontrados em uma metassíntese realizada na Austrália em 2016, com objetivo de explorar a experiência de pais prematuros após a alta, em que as evidências obtidas revelaram que sentir-se pai/mãe de um filho hospitalizado na UTIN configura-se como um desafio inicial, em que o sentido de parentalidade foi alcançado apenas após a alta. Quando em casa, os pais retornaram às suas atividades rotineiras e assumiram o papel parental (ADAMA; BAYES; SUNDIN, 2016).

Outro resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Toral-López et al. (2016), em que os pais participantes do programa de alta destacaram alívio e calma como os principais sentimentos que experimentaram quando o bebê teve alta, além de relatarem que começaram a se sentir como pais de verdade, a curtir o recém-nascido e a atender às expectativas quando estavam no ambiente domiciliar. Além disso, o relacionamento com o filho não era mais mediado pela equipe de saúde após a alta, o que assegura a autonomia parental (TORAL-LÓPEZ et al., 2016).

Sendo assim, entende-se que os processos proximais entre família e o prematuro tornam-se progressivamente mais complexos a partir de interações recíprocas que ocorrem com regularidade durante períodos de tempo mais extensos (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). Uma vez concretizada a função parental no período após a alta, a relação entre família e prematuro torna-se perdurável.

Sabe-se que os processos proximais funcionam como força motriz do desenvolvimento humano. Essas forças agem especialmente de maneira mais forte na primeira infância, em que essa força está constituída dentro da família, sendo os pais os principais cuidadores e outros membros que moram na mesma casa (BRONFENBRENNER, 2011). Diante disso, verifica-se nos resultados desta pesquisa a subcategoria a “importância da família”, a partir de relacionamentos sustentadores e contínuos com o prematuro.

Estudos recentes apresentam evidências que indicam a importância do vínculo entre a família e o prematuro sobretudo com implicações diretas no desenvolvimento infantil. O fortalecimento das relações entre pais e filhos tem uma influência positiva no desenvolvimento infantil, sobretudo em resultados motores, cognitivos e comportamentais, além de diminuir os sintomas parentais de depressão e ansiedade e otimizar resultados a longo prazo para bebês prematuros e suas famílias (MCGOWAN; VOHR, 2019). Interações precoces com a família são capazes de modificar a predisposição biológica e podem afetar positivamente o desenvolvimento de bebês prematuros (YAARI et al., 2017). Evidências apontam que a interação entre pais e filhos durante a primeira infância tem um efeito causal no desenvolvimento infantil na vida adulta (KIM et al., 2018). Contudo, o fortalecimento dos vínculos familiares ocorre após o nascimento prematuro, sendo inegável a sua importância durante todo o processo de internamento e transição ecológica da criança.

Esse achado desta pesquisa é corroborado por outros autores, ao descrever a rede de apoio das famílias que inclui amigos e demais familiares como elemento essencial no aumento da confiança dos pais após o nascimento do bebê prematuro. As mães relataram que o apoio dos familiares permitiu que elas passassem mais tempo com seu bebê e conhecessem melhor suas necessidades, podendo dessa forma prestar atenção ao cuidado com o filho se alguém estiver por perto para cuidar das tarefas domésticas e dos demais filhos desde o período que ela se dedica ao prematuro na UTIN até após a alta. Sublinham, ainda, um vínculo mais forte e importante com seus parceiros após a alta (ADAMA, BAYES; SUNDIN, 2016; TOTTENHAM, 2019).

Do ponto de vista bioecológico, quando se dá a transição ecológica da criança da UTIN para o domicílio, começam a ser processadas mudanças na configuração do seu ambiente imediato, alterando os papéis sociais, as atividades cotidianas e o padrão das relações interpessoais, o que implica necessidade de adaptação nesse novo microssistema (BRONFENBRENNER, 2011).

Nesse sentido, a vivência das famílias na transição ecológica mostra que as experiências dos participantes ao sair do hospital após o período de internação na UTIN foram marcadas por uma necessidade de adaptação e desenvolvimento das capacidades para responder às exigências dessa transição, conforme relatado na subcategoria “adaptação domiciliar”.

Em conformidade, é relatado pela família experimentar sentimentos ambíguos na alta hospitalar. Ao passo que alguns sentem-se felizes em deixar o ambiente da UTIN, outros sentem medo e ansiedade em cuidar do bebê prematuro em casa. Sabe-se que o cuidado ao prematuro após a alta é dominado pelo medo constante, pois a família teme que algo desagradável possa acontecer e necessitar de reinternamento. Essa percepção diminui progressivamente, podendo perdurar até mesmo depois de um ano. Justificam-se o medo e a ansiedade em decorrência da percepção de falta de conhecimento para o cuidado apropriado ao prematuro e sua natureza frágil (ADAMA; BAYES; SUNDIN, 2016).

Sabe-se que, após o nascimento prematuro, a alta hospitalar é um dos momentos mais esperados para a família. A oscilação emocional desse período, desde o trabalho de parto prematuro, acompanhada de uma longa permanência hospitalar, leva a família a pensar em fugir do ambiente hospitalar. A preparação para a alta hospitalar é marcada por ambiguidade emocional, em que os pensamentos frequentes em relação a alta são superados pela empolgação em trazer uma criança para a família. Na realidade, não se sentem preparados para ir para casa com uma criança tão frágil e pequena sem a proximidade das enfermeiras (GRANERO-MOLINA et al., 2019).

Reconhece-se que o período de internação na UTIN é o momento oportuno para participação e aprendizado dos cuidados necessários ao prematuro, pois auxilia na redução da ansiedade, aumenta a autoconfiança materna no cuidado domiciliar e facilita a adaptação da família à criança e capacitação ao cuidado domiciliar após a alta. Portanto, devem ser estimuladas intervenções educativas para empoderamento dos pais, desde o período de internação do prematuro, com ênfase na interação entre pais e bebê, preparando-os para o cuidado adequado às necessidades do filho em casa (BRAGA; SENA, 2017).

O estabelecimento do apego emocional entre o prematuro e a família influencia diretamente no interesse e engajamento da criança em atividades desempenhadas no ambiente físico, social e simbólico, que por sua vez despertam o interesse à exploração, manipulação, elaboração e imaginação, dessa forma contribuindo para o desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2011).

Nessa perspectiva, a subcategoria que aborda a “interação com brinquedos, objetos, brincadeiras” com o bebê prematuro, que acontece de maneira gradativa e favorece ambiente para promoção do desenvolvimento infantil.

A primeira infância é um período de rápido desenvolvimento físico e cognitivo, em que os hábitos de uma criança são formados e os hábitos de vida da família deverão passar por um processo de mudanças e adaptações para favorecer o desenvolvimento infantil. Atividades com brincadeiras, jogos e oportunidades para a atividade física estruturada e não estruturada contribuem para o desenvolvimento de habilidades motoras e exploração do ambiente físico ao longo da vida adulta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Para crianças menores de um ano, essas atividades podem ser estimuladas várias vezes por dia, de diferentes maneiras, particularmente através da brincadeira interativa diretamente no chão, ou para aqueles que ainda não sustentam o próprio tronco, podem ser colocados pelo menos por 30 minutos em decúbito ventral. Enquanto acordado, além de evitar permanecer contido por mais de uma hora, o tempo de tela não é recomendado antes dos dois anos de idade. É importante acrescentar que após essa interação, é necessário uma boa qualidade do sono, incluindo cochilos durante o dia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Quanto à oferta de brinquedos, é importante salientar que a quantidade de brinquedos ofertados para a criança não é determinante para melhorar os resultados do desenvolvimento infantil, pois um estudo recente sugere que quando são fornecidos menos brinquedos no ambiente, as crianças se envolvem em períodos mais longos de brincadeira com um único brinquedo, o que permite um melhor foco para explorar e brincar de forma mais criativa. Isso pode ser oferecido como uma recomendação em muitos ambientes naturais para apoiar o desenvolvimento das crianças e promover brincadeiras saudáveis (DAUCH et al.; 2018). É importante que o profissional de saúde oriente a família quanto à escolha de brinquedos que forneçam experiências adequadas ao desenvolvimento da criança, conforme sua etapa de vida.

Sendo assim, a interação com brinquedos, objetos e brincadeiras deve ser estimulada, pois a interação sensível entre a predisposição genética e experiência ambiental é amparada pelos relacionamentos sustentadores, que são cruciais para o desenvolvimento da criança. O envolvimento que a família tem com seus bebês na primeira infância apresentará repercussões ao longo da vida, para isso, exige disponibilidade dos adultos na interação com a criança. Por exemplo, dedicação de “tempo no chão” que facilita a interação da criança com o ambiente, como abraços, brincadeiras de faz-de-conta, jogos de caras engraçadas, por período de tempo

de no mínimo quatro oportunidades de 20 minutos ou mais durante o dia (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

Destarte, dentro de uma estrutura ecológica, as atividades diárias e as interações sociais em casa são as influências mais imediatas e próximas no desenvolvimento infantil. Outros fatores ambientais mais distantes para as crianças, como emprego dos pais, renda familiar e até influências sociais mais amplas, como a comunidade e o clima político, também têm o potencial de influenciar o desenvolvimento das crianças, direta e indiretamente, por meio da interação com outras pessoas próximas e fatores ambientais (BRONFENBRENNER, 1996). À luz do modelo bioecológico, a discussão acerca dos **contextos** torna-se imprescindível na compreensão da vivência da família na trajetória ecológica.

Ao considerar o nascimento prematuro, o microssistema da criança será inicialmente a UTIN. Com o passar do tempo e melhora clínica, a criança receberá alta, e o domicílio familiar constituirá o microssistema imediato, implicando assim a transição ecológica, em que a passagem da pessoa em desenvolvimento de um contexto ecológico para outro contexto novo e diferente traz novas atividades e tipos de estrutura social (BRONFENBRENNER, 2011).

Os discursos analisados apresentados na subcategoria “importância do apoio”, a partir dos relacionamentos sustentadores e contínuos nessa transição, destacam os sentimentos expressos na transição desses contextos com necessidade de apoio familiar e, de maneira peculiar, os vínculos construídos no período de internação.

Esse padrão também foi relatado em outro estudo. Sublinha-se que a interrupção da parentalidade, ocasionada pela separação precoce logo após o nascimento, devido à necessidade de permanecer na UTIN, revela-se como evento estressante na vida da família, que manifesta uma mistura de sentimentos, como tristeza, medo, tensão e angústia, até a felicidade pelo bebê ter sobrevivido e sentimentos de impotência no contexto neonatal por não poderem desempenhar o cuidado com o bebê (SANTOS et al., 2019).

Corroborando o exposto, o nascimento prematuro faz emergir no emocional materno sentimentos de culpa pela antecipação do parto. Somam-se a isso a sensação de medo, angústia e expectativas relativas à sobrevivência do filho, além da falta de liberdade no ambiente neonatal e do pouco tempo para as interações com a criança, em que o sofrimento é ampliado pela imaginação em relação ao que o filho está passando (JOAQUIM et al., 2018).

Destarte, dada a fragilidade emocional vivenciada pela família, o apoio recebido é imperativo nos contextos em que o filho prematuro está inserido. Destaca-se de maneira semelhante aos resultados obtidos neste estudo a evidência que aponta que o apoio de outras

mães é um recurso muito valioso, pois estabelece-se um vínculo que permanece fortalecido até mesmo após a alta, por meio do uso de redes sociais para manter contato com essas mães que passaram por circunstâncias semelhantes, e como um recurso quando têm dúvidas sobre como cuidar de seus filhos. Dessa forma, associações para mães de bebês prematuros também são uma forma fundamental de apoio (GRANERO-MOLINA et al., 2019).

Ter alguém que fale a mesma língua e esteja imerso na mesma vivência, permitindo compartilhar sentimentos, preocupações e compreender a experiência do parto prematuro, é tido como um alívio para a família. O envolvimento com outros pais da UTIN ajuda a enfrentar e amenizar sentimentos angustiantes, pois pode-se conversar com alguém que está passando exatamente pela mesma situação. Outro aspecto desse apoio é visualizar a sobrevivência e desenvolvimento de outros prematuros que permaneceram hospitalizados, servindo como elementos de esperança para situação vivenciada com filho (TAN et al., 2019).

Além disso, destaca-se o apoio familiar como elemento essencial nos contextos vivenciados da prematuridade. As evidências descrevem outros elementos de apoio, como aconselhamento e parceiros que apoiaram os pais nesse período de cuidado ao filho na UTIN. Constata-se que o apoio prático, incluindo preparação de refeições, e a assistência nas tarefas domésticas e cuidados dos outros filhos, ajudaram os pais a se envolver com o filho durante o internamento. Ademais, familiares e amigos que estavam familiarizados com a UTIN demonstraram mais empatia e compreensão da ansiedade expressa dos pais, auxiliando na redução do estresse sobre o ônus de informar e tranquilizar aqueles em sua rede de apoio social que não estavam familiarizados com a situação (TAN et al., 2019).

O suporte social após a alta da UTIN, no contexto domiciliar, reforçou a confiança e a percepção da capacidade dos pais de cuidar e de compreender as necessidades de seus filhos. Os sentimentos iniciais logo nos primeiros dias podem resultar em um aumento de ansiedade, no medo constante pela saúde do prematuro e sua capacidade de prestar cuidados não supervisionados ao bebê. No entanto, a rede de apoio social e de profissionais de saúde aumenta significativamente a confiança dos pais na execução do cuidado de seus bebês prematuros (ADAMA; BAYES; SUNDIN, 2016).

A ecologia da vida familiar foi influenciada diretamente pelo nascimento prematuro. A importância das transições ecológicas no desenvolvimento envolve mudança de expectativas associadas a certas posições na sociedade, o que não se aplica apenas à pessoa em desenvolvimento, mas também às demais pessoas nos contextos ecológicos em que estão inseridas (BRONFENBRENNER, 2011). A família é o microsistema inicial da criança para

aprender a viver, em que exerce sua função social e as relações de cuidado com a criança, as quais podem ajudar a influenciar uma personalidade (BRONFENBRENNER, 2011).

Isso corrobora os achados encontrados nos discursos familiares presentes na subcategoria “práticas de cuidado da UTIN ao domicílio”, pois a expectativa de cuidar é alimentada desde o período gestacional e é interrompida pelo nascimento prematuro com a necessidade de internamento na UTIN. Por outro lado, a família compreende a importância da internação, mas quando altera-se para o contexto domiciliar, mudam-se os papéis em que a parentalidade é exercida e as práticas de cuidado são exercitadas.

Em concordância com essa premissa, outro estudo corrobora achados ao indicar que os pais não experimentam apenas a separação física de seus filhos devido ao contexto da UTIN e seus dispositivos médicos circundantes, mas também um sentimento de separação emocional devido à aparência frágil do bebê e à perda do papel esperado dos pais. Ser desconectado da participação no cuidado diário significa que os pais não adquirem o conhecimento e a confiança relevantes para realizar o cuidado do bebê prematuro. Isso implica um desafio após a alta, pois esses pais sentem estresse e incerteza em suas habilidades para cuidar de seus bebês de alto risco. Sendo assim, é necessária uma abordagem multidisciplinar para melhor atender às necessidades dos pais nas UTIN e prepará-los para levar seu bebê prematuro para casa (YU; ZHANG; YUAN, 2019).

Após a alta, a família vivencia a responsabilidade sobre uma criança frágil que exige um tipo especial de cuidado. As informações, orientações e envolvimento no cuidado de um prematuro na UTIN permitem que a família desenvolva confiança em suas habilidades e se prepare para levar o bebê para casa, o que cria um senso de autonomia e independência. Além disso, é reconhecida a importância de programas em que uma enfermeira possa monitorar os cuidados domiciliares após a alta hospitalar, como parte do processo de adaptação à casa da família, com vistas a fazer com que os pais se sintam mais confiantes e apoiados em sua competência parental (GRANERO-MOLINA et al., 2019).

Não obstante, para que os pais possam desempenhar afetivamente os seus papéis nos cuidados aos filhos, isso dependerá das exigências de papéis, do estresse contido nessa função social e do apoio advindo de outros ambientes (BRONFENBRENNER, 2011).

Os autores Brazelton e Greenspan (2002, p.165) trazem importantes contribuições nessa discussão ao salientarem que se deve “incentivar comunidades estáveis, integradas que possam abranger a diversidade das famílias, para fornecer apoio para famílias e crianças”, para que as necessidades irredutíveis sejam satisfeitas e reconhecidas como fornecedoras de proteção, segurança física e regulação interna (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

Em conformidade com os autores sobre a importância das comunidades, os relatos da família endossam a subcategoria “importância e a influência da religiosidade” na transição ecológica do prematuro.

O nascimento prematuro é uma das fontes estressoras para família, agravado pelo internamento na UTIN, tendo em vista que é um ambiente relacionado ao risco à vida, e após a alta pela responsabilidade de prover os cuidados necessários a uma criança prematura. Na tentativa de administrar o estresse, a religião e a espiritualidade são recursos frequentemente acionados, configurando um componente importante no enfrentamento desse período estressor, sendo que a religião funciona como uma instituição provedora de suporte social, capaz de atribuir significados aos reveses da vida e instrumentalizar para resolução de problemas (FOCH; SILVA; ENUMO, 2016).

A importância da religiosidade pauta-se na busca do ser humano por respostas para o desconhecido. Quando não as encontra, atribui a elas uma característica divina, uma origem transcendente e misteriosa como modo de enfrentamento à situação. Durante a hospitalização do filho em uma UTIN, a família aproxima-se de Deus e do Sagrado, por meio da prática de orações, apego a símbolos religiosos e a fé que passam a ter maior significado, servindo como estimulante espiritual para que permanecessem fortes, a fim de atender seus filhos quando estes necessitassem, além de manterem-se otimistas e confiantes em relação ao bom prognóstico do filho e estarem fortalecidas no momento em que os filhos necessitassem (SOARES et al., 2015).

É importante salientar que todas as religiões auxiliam na sobrevivência de alguma forma, pois elas fornecem ajuda para determinado tipo de problema que a família esteja enfrentando com o filho. Independentemente da religião, o objetivo deve pautar-se no desenvolvimento de uma pessoa saudável, criativa, amável, respeitosa, o que provavelmente é compartilhado pela maioria das religiões (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002). Sendo assim, a religiosidade teve sua importância na trajetória de resiliência da família ao considerar

que esses membros buscaram forças para manterem-se firmes na prestação de cuidados e esperançosos quanto à recuperação e desenvolvimento dos filhos.

Bronfenbrenner (2011) afirma que, para os pais conseguirem desempenhar sua função para o melhor desenvolvimento do filho, os fatores externos a essa função precisam estar alinhados para esse fim, desde adoção de políticas públicas até intervenções em contextos societários úteis para apoiar a família na sua função social.

Apoiar o funcionamento familiar e a infraestrutura social da comunidade parte de iniciativas programáticas federais, estaduais ou locais, alicerces básicos para satisfazer as

necessidades irredutíveis da criança (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002). Assim, destaca-se a subcategoria em relação a “rede de assistência à saúde materno-infantil” como contexto relevante nos discursos analisados.

Arrimar o desenvolvimento saudável do cérebro das crianças durante a primeira infância é o melhor investimento que um país e a sociedade podem fazer para a geração futura, com implicações inclusive para o crescimento econômico de toda uma sociedade. Afinal, os recém-nascidos não são apenas feixes de alegria para suas famílias, eles são uma promessa para o futuro. Para esse fim, toda mulher grávida e todo recém-nascido, sem exceção, devem ter acesso a serviços acessíveis e de alta qualidade antes, durante e após o nascimento. Os cuidados prestados durante hospitalização e acompanhamento na comunidade também precisam ser favoráveis ao desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Nesse sentido, é imperativa a elaboração e implementação de programas integrais, eficazes e sustentáveis voltados para primeira infância, particularmente para crianças em maior risco (BLACK et al., 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê um mundo onde “toda mulher grávida e recém-nascido recebe cuidados de qualidade durante toda a gravidez, parto e período pós-natal”. Reconhece-se que os cuidados pré-natais têm impacto positivo no modo de nascer e no desenvolvimento da criança e, portanto, os cuidados prestados nessa fase devem ser implementados com disponibilidade de recursos em âmbito gerencial e assistencial, por profissionais de saúde que seguem padrões técnico-científicos de qualidade, a fim de garantir as melhores condições de saúde para a mãe e o bebê durante a gravidez (WHO, 2016).

Há evidências que indicam que a causa do parto prematuro é multicausal, porém, a detecção precoce de sinais e sintomas desse evento deve ocorrer a partir da realização adequada de assistência pré-natal. Quando o trabalho de parto prematuro é desencadeado, é importante que a mulher seja acolhida e receba uma assistência adequada pautada nas boas práticas de saúde e seja informada sobre as condições de saúde e fatores de risco implicados. Portanto, os cuidados recebidos no momento do parto e atenção ao neonato devem visar à melhora da qualidade de vida do binômio mãe-bebê (POHLMANN et al., 2016).

Nesta pesquisa, as famílias referiram percepções negativas relacionadas à rede de assistência materno-infantil quando o desfecho foi a prematuridade, ao considerar a falta de informações e de vagas na instituição de saúde quando necessitaram.

Após o nascimento, os recém-nascidos prematuros rotineiramente apresentam instabilidade dos parâmetros clínicos relacionados às desvantagens biológicas, pois possuem sistemas imaturos e precisam adaptar-se a UTIN, em vez de permanecer no ambiente intra-uterino ideal. A tecnologia envolta no contexto neonatal pode levar a consequências negativas para desenvolvimento dessas crianças, ao considerar intervenções invasivas que frequentemente recebem e distanciamento dos pais. Dessa forma as práticas executadas na UTIN devem ser pautadas em evidências científicas atualizadas a partir de protocolos assistenciais que visem a individualidade do prematuro e favoreçam o neurodesenvolvimento (GRIFFITHS et al., 2019; LIPNER; HURON, 2018).

Passado o período de hospitalização na UTIN, a continuidade do cuidado ao prematuro tornou-se um desafio para as famílias que compõem este estudo, as quais encontraram dificuldades na rede de assistência materno-infantil.

Prevista no cenário brasileiro, pela Lei Orgânica da Saúde, a relevância da continuidade do cuidado inicia-se pela necessidade de cuidado do usuário a partir da interação com um profissional da saúde, e este fará intervenções possíveis para dar seguimento ao cuidado necessário. Portanto, usuário e família necessitam da interação e comprometimento dos profissionais de saúde para delineamento de objetivos e metas, e que estes sejam compartilhados, garantindo consistência, coerência e conexão entre as ações de cuidado diante da capacidade do sistema de saúde tem para dar conta das demandas estabelecidas. Desse modo, os desafios imbricados nessa prática relacionam-se com a conformação das redes de atenção, na busca em superar e combater as fragmentações e fragilidades e consolidar a continuidade do cuidado como uma ação sistematizada na práxis (UTZUMI et al., 2018).

Nessa perspectiva, em uma pesquisa realizada com o objetivo de analisar como a família vivencia o cuidado após a alta ao prematuro extremo, os resultados obtidos indicam que continuidade do cuidado após a alta da UTIN é fundamental tanto para a criança prematura quanto para sua família na garantia de qualidade de vida. Os desafios nessa trajetória pautam-se na falta de recursos no município, o que implica deslocamento do prematuro para grandes centros com ofertas de serviços especializados. Além disso, as famílias relatam a procura pelos serviços de saúde, tanto na rede privada quanto na rede pública, com dificuldade de vinculação com a UBS, em que somente são realizadas as imunizações na maioria dos casos. Relaciona-se a isso a deficiência no atendimento e oferta de serviços satisfatório na atenção primária à saúde (OLIVEIRA et al., 2019).

Assim, é importante que todos os bebês prematuros tenham um plano específico de acompanhamento. Esse plano deve ser elaborado antes da alta e levar em conta os recursos

disponíveis em cada região nos níveis de atenção primária e hospitalar, de modo a identificar os fatores de risco existentes para o desenvolvimento adequado e garantir que a família compreenda o que é necessário para o cuidado dessa criança (REYMUNDO et al., 2019).

Do mesmo modo, mães participantes de outra pesquisa semelhante apontaram falta de recursos específicos de saúde, sociais e educacionais quando o filho recebeu alta hospitalar, além de perceberem falta de habilidade e experiência dos profissionais da atenção primária com os cuidados necessários aos bebês prematuros e suas famílias. Os resultados sugerem melhor integração entre as equipes de atenção primária e equipes de atendimento especializado. Isso indica que o plano de cuidados deve atender integralmente as necessidades de saúde do prematuro, com alocação de recursos assistenciais que atendam os problemas de saúde expressos após a alta hospitalar (GRANERO-MOLINA et al., 2019).

Diante da discussão traçada acerca da rede de assistência materno-infantil referida pelas famílias desta pesquisa, é necessária a elaboração de estratégias mais complexas para promoção do desenvolvimento em todas as áreas, as quais devem incluir saúde, educação e proteção social, como acesso a serviços de qualidade desde o pré-natal, imunização e nutrição (BRONFENBRENNER, 2011). Ademais, sob o prisma do princípio da interconectividade, em que se percebe que não é apenas dentro dos contextos que ocorre essa interrelação, mas com força e consequência nas relações entre os diferentes contextos, em que a pessoa em desenvolvimento não participa diretamente, mas onde ocorre eventos que afetam o ambiente imediato (BRONFENBRENNER, 2011).

Conforme descrito nos resultados desta pesquisa, o apoio e preocupação da família em relação ao trabalho foi constante desde o nascimento do prematuro até o encerramento do caso. Ao considerar o exossistema que inclui o trabalho dos pais, o prematuro em desenvolvimento não está presente, mas os eventos que ocorrem nesse contexto influenciam o ambiente em que ele está. Dessa forma, tanto a questão relacionada à parte financeira quanto as condições de trabalho influenciam esse exossistema (BRONFENBRENNER, 2011).

Assim, ao afirmar a importância do papel da família para o desenvolvimento da criança, Bronfenbrenner (2011) reconhece uma mudança significativa nos últimos anos em relação ao tempo que os pais e membros da família passam no trabalho, com carga horária integral e com horas extras, conforme apresentada na subcategoria “apoio e preocupação em relação ao trabalho”.

Em consonância como exposto, uma pesquisa indica que o parto prematuro geralmente dificulta a carreira profissional das mulheres, pois elas optam por parar de

trabalhar na tentativa de reduzir sua culpa e compensar a separação durante a hospitalização, para assim dedicarem-às necessidades da criança (GRANERO-MOLINA et al., 2019).

Além disso, as estruturas narrativas desta pesquisa que compõem os discursos das famílias expressaram tanto a preocupação com o trabalho em relação ao sustento financeiro quanto o desejo de não colocar os filhos em creches, pois as mães almejam permanecer mais tempo com o bebê prematuro. Evidências indicam o impacto do emprego materno e paterno sobre o desenvolvimento infantil e corroboram a preocupação emergente das famílias, pois indicam que mais de 20 horas por semana de assistência infantil externa representa riscos para o relacionamento mãe-bebê e para o desenvolvimento psicológico e comportamental da criança (IM; VANDERWEELE, 2018).

Da mesma forma, o aumento da renda financeira da família proveniente do trabalho dos pais implica maior investimento no desenvolvimento de seus filhos, pois mais renda permite que se comprem recursos materiais, como por exemplo livros, brinquedos ou alimentos saudáveis, além de bens não monetários como acesso a atividades recreativas. Trabalhar mais horas pode restringir o tempo disponível para crianças, o que traz implicações para a qualidade do vínculo entre os pais. Assim, mães que ficam em casa para cuidar de seus bebês no primeiro ano, com um maior envolvimento do pai com os filhos pequenos, podem ser mais importantes do que trazer mais renda para a família. Portanto, é necessária a elaboração de programas de intervenção para ajudar famílias de baixa renda, de modo a melhorar o apoio para maior envolvimento paterno, aumentar a licença materna para mães que trabalham durante o primeiro ano de seu filho e promover assim o desenvolvimento saudável da criança (IM; VANDERWEELE, 2018).

Traz-se à tona nessa discussão a importância de ações do exossistema em apoiar a família do prematuro. Exemplo disso é a aprovação da licença-maternidade de mães de bebês prematuros que passa a considerar a data da alta do RN como marco inicial (BRASIL, 2020).

Assim, é importante colocar em movimento os contextos para apoiar as famílias de prematuros para promover o desenvolvimento infantil a partir de comunidades estáveis e amparadoras por considerar que estas são componentes vitais do desenvolvimento e fornecem o contexto ou a estrutura para as demais necessidades mínimas das crianças. Assim, estabelece-se uma rede de cuidados com interação de diferentes pessoas e dispositivos que fazem parte do desenvolvimento da criança (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

As propriedades ecológicas dos contextos, sobretudo do microssistema por ser o ambiente imediato em que a criança está inserida, favorecem o desenvolvimento. Assim, o cuidado familiar efetivo melhora o desenvolvimento de crianças com algum risco se a família

estiver disposta a tecer esforços para reduzir o risco de problemas de desenvolvimento que a desvantagem envolve (BRONFENBRENNER, 2011).

Em alusão ao autor supracitado, coma subcategoria “preocupação em relação à imunidade e importância do sono e repouso”, as famílias desta pesquisa enfatizaram a busca em atender essas necessidades como forma de proteção física e segurança ao prematuro.

O direito básico de uma criança à proteção física e ao cuidado deve ser a base para que todos os esforços devam ser construídos. Assim, negligenciar esse direito demonstra falta de preocupação com as crianças e sua continuação certamente desmoralizará quaisquer outros esforços que possam ocorrer. É necessário, então, culminar nossos esforços na busca de atender as necessidades fisiológicas, bem como melhorar os ambientes familiares e físicos em que a criança está inserida (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

Em conformidade, as percepções dos pais sobre os cuidados ao prematuro pós-alta referem-se como um período de alto estresse e incerteza, em que as maiores dúvidas estiveram relacionadas ao controle de infecções, reconhecimento de sinais de indisposição do bebê, comportamentos esperados do bebê prematuro, alimentação, crescimento e desenvolvimento. Os resultados indicam, portanto, o papel dos profissionais de saúde da atenção primária, a fim de apoiar os pais na identificação das necessidades da família e elaboração de ações educacionais e recursos individualizados em relação à capacidade de cuidar melhor do bebê prematuro (PETTY et al., 2019).

Em uma pesquisa realizada em 2019 junto a 13 pais, com objetivo de explorar as experiências vividas por pais e mães durante a infância no contexto do parto prematuro, os resultados obtidos reafirmam o que foi verificado na pesquisa atual: a relação entre vigilância e higiene para proteger seus filhos de doenças, resultado de um comportamento parental "cauteloso". Alguns pais relataram pedir aos visitantes que lavassem as mãos quando chegassem em casa, da mesma forma de uma lavagem cirúrgica, na busca de replicar em casa a segurança sentida na UTIN. No mesmo sentido, algumas mães revelaram tentativas de atrasar as pessoas que as visitavam como consequência do desejo de evitar contato dos filhos com outras pessoas que não os familiares que residiam no mesmo domicílio. Esses resultados sugerem uma parentalidade compensatória em consequência do nascimento de prematuros, superestimando cuidados e priorizando as necessidades de seus filhos para impedir a reinternação (O'DONOVAN; NIXON, 2019).

O corpo atual de evidências apoia o fato de que as crianças desenvolvem-se holisticamente, ou seja, o desenvolvimento nos primeiros anos é um processo dinâmico. Ao definir dessa forma as intervenções voltadas à primeira infância, estas precisam ser

fortalecidas, sobretudo em sua concepção político-social de ações multisetoriais integradas em sinergia com fatores de proteção que promovem o desenvolvimento programas integrais eficazes e sustentáveis da primeira infância em escala, particularmente para crianças em maior risco (BERNAL; RAMÍREZ, 2019).

A relevância clínica e científica de estudos voltados à importância do sono na primeira infância é reportada em pesquisas internacionais e corroborados achados nos relatos familiares analisados nesta pesquisa. O sono na infância é um processo fisiológico dinâmico, caracterizado pela atividade neural que resulta em neurodesenvolvimento (SHIMKO, 2019). Na primeira infância, crianças nascidas prematuras têm uma maior duração do sono, em comparação a crianças que nascem a termo. Esses achados apontam para a importância dos processos neurais maturacionais que ocorrem durante o sono, os quais têm implicações no neurodesenvolvimento da criança (LUIJK et al., 2019).

Na prática, devem ser feitos esforços tanto em unidades hospitalares quanto na educação de pais para proteger e preservar o sono o máximo possível, pois o período de sono adequado é importante potencial para preservar e promover o neurodesenvolvimento (SHIMKO, 2019), respeitando assim, as necessidades físicas e biológicas da criança.

Diante da complexidade do desenvolvimento humano, a dimensão **tempo** é essencial na compreensão da vivência da família na transição ecológica do prematuro, pois permite visualizar numa trilha cronológica permeada pela temporalidade as experiências adequadas ao desenvolvimento. Bronfenbrenner (2011) discorre em relação à dimensão tempo, ao afirmar que esta se trata de como ocorrem as mudanças nos eventos históricos que podem alterar o curso de desenvolvimento humano no decorrer dos tempos e fazer distinção sobre eventos normativos como, por exemplo, casamento, nascimento de um filho, aposentadoria; e eventos não normativos, como no caso de um divórcio, morte, doença grave na família. Nesse caso, o nascimento prematuro trata-se de um evento não normativo, pois este não é algo esperado pela família.

Reitera-se nessa discussão acerca da subcategoria “lidando com o inesperado”, que aborda um importante evento na vida familiar relatado nas entrevistas. A vivência acerca da gestação com a interrupção inesperada pelo parto prematuro, a qual tem como consequência a inserção imprevisível num ambiente altamente tecnológicos que remete a risco de vida do filho, é uma situação que merece um olhar atento para atender as necessidades de experiências adequadas ao desenvolvimento.

Percepções semelhantes são encontradas em outra pesquisa, em que os autores destacam a natureza traumática, repentina, surreal e inesperada do nascimento prematuro, que

contrastava com a experiência imaginada. Os resultados indicaram que os pais apresentavam dificuldade em processar a experiência no momento, pois tratava-se de um evento repentino, incontrolável e imprevisível para o qual eles não puderam se preparar, somados à falta de controle e impotência que eles experimentaram. Relataram ainda sentimentos de choque, em que o nascimento prematuro violou suas expectativas em relação à experiência imaginada, tornando-os observadores impotentes (O'DONOVAN; NIXON, 2019).

Em decorrência do parto prematuro, ocorre a inserção familiar no contexto da UTIN. Os pais e mães descrevem seus primeiros dias na unidade como algo imprevisto e, com o passar dos dias, revelam que esperavam ficar alguns dias no hospital, receber alta e levar o recém-nascido para casa. No entanto, seu o tempo de internamento era incerto e o prognóstico do bebê era desconhecido, o que gerou um sentimento de irrealidade. Esses relatos remetem à uma essência de imprevisibilidade da experiência do nascimento prematuro e permanência na UTIN, em que a família se prepara para a exploração de novas experiências, inesperadas e incertas (STACEY; OSBORN; SALKOVSKIS, 2015).

Mudanças desencadeadas por acontecimentos inesperados ao longo da vida alteram a relação entre o ambiente e a pessoa e podem criar uma dinâmica capaz de influenciar o desenvolvimento humano em decorrência do fator tempo, o que pode servir como estímulo para mudança no desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2011).

Conforme descrito nos resultados, a subcategoria “refazendo os planos: se reinventando para cuidar” discorre sobre o momento em que é afastado o risco de perda devido à melhora do quadro clínico do prematuro e sobre como a família busca atender às necessidades de experiência adequadas ao desenvolvimento. Nessa discussão, é importante considerar que, em uma sucessão de acontecimentos históricos esperados na vida da mulher, a gestação é o tempo em que a identidade materna é construída. Com o nascimento prematuro, a mulher é obrigada a fazer rápidos arranjos reparadores na sua identidade materna que estava sendo construída e necessita encarar uma nova realidade até então desconhecida para fornecer os cuidados necessário ao desenvolvimento do filho (MARCHETTI; MOREIRA, 2015).

Inicialmente, ocorre certa dificuldade em estabelecer vínculo com o filho prematuro, relaciona-se a isso o risco de vida e a gravidade clínica do caso, pois o vínculo inicial necessita de tempo para ser construído. De forma gradual, quando percebem a evolução do bebê no ganho de peso, na diminuição de medicamentos, retirada de aparelhos, quando escutam do médico que seu filho está fora de risco ou sem sequelas, o sentimento de vazio passa a ser preenchido pelo sentimento de pertença. Nesse momento, a mãe começa a acreditar que ele provavelmente sobreviverá e assim, reorganiza seu imaginário. À medida

que os dias passam e o prematuro apresenta evoluções no seu quadro clínico, a mãe passa a reconhecer que seu bebê poderá se tornar uma criança saudável com necessidade de cuidados (MARCHETTI; MOREIRA, 2015).

Fernandes e Silva (2015) salientam que o nascimento prematuro leva a uma reestruturação familiar, constitui um marco na história de vida pessoal e da família. Além disso, a realidade vivenciada atribuída ao contexto neonatal e a instabilidade na evolução clínica do prematuro podem dificultar a aproximação entre pais e filhos. Sabe-se que os pais começam a exercer seu papel parental a partir das interações com o filho, por meio do contato direto e irrestrito, que ocorre de maneira gradual. Sendo assim, os autores destacam a importância da equipe de profissionais na UTIN por meio do cuidado e apoio dedicados à família para a promoção do vínculo entre os pais, além de capacitá-los para os cuidados do prematuro em casa.

Nesse sentido, observa-se fundamentações que endossam a necessidade de fortalecimento e amparo à família para estabelecimento de vínculo com o bebê prematuro após os acontecimentos acerca da prematuridade, para que, assim, possam satisfazer as necessidades irredutíveis da criança.

Em cada estágio do desenvolvimento, certas experiências são necessárias, de modo que à medida que a criança almeja um novo estágio, ela continua a requerer os tipos de interações associadas aos estágios anteriores. Cabe destacar que as crianças dominam essas tarefas do desenvolvimento em ritmos muito diferentes, o que exige uma base estável para promover o crescimento e desenvolvimento saudável (BRAZELTON; GREENPAN, 2002).

Os dados analisados nesta pesquisa, expostos na subcategoria “evolução capacidade de cuidar da família conforme progresso do prematuro”, retrataram as mudanças percebidas na família desde o nascimento prematuro e a evolução da capacidade de cuidar na transição ecológica desde a UTIN até o domicílio. Pais de bebês nascidos prematuros podem estar vulneráveis e suscetíveis à diminuição da confiança materna nos seus próprios cuidados. Inicialmente, o estresse dos pais é mais elevado, diminuindo sua confiança, pois a preocupação com o estado de saúde de seu bebê prematuro é mais intensa, mas, à medida que a criança cresce, é provável que o foco do estresse dos pais mude para estressores parentais comuns (PENNELL et al., 2012).

Na pesquisa de Adama, Bayes e Sundin (2016), os pais relataram seus medos iniciais, além da ansiedade relacionada aos cuidados dos seus bebês prematuros. Contudo, reconheceram que até o final do primeiro mês após a alta eles estavam confiantes com o seu cuidado. Relaciona-se a isso a importância dos cuidados neonatais que eles começaram na

UTIN, que serviu como experiência e melhorou a saúde do prematuro, além de fortalecer autonomia dos pais nos cuidados iniciais em casa.

Considerando a premissa anterior, uma pesquisa indica que, em casa, a família consegue recuperar a autonomia e fortalecer o vínculo com o filho ao passar de observador impotente para cuidador ativo. O contato físico proporciona garantia de que os pais não estão mais abandonando o filho e sim superando o medo em perdê-lo. A transição para casa foi vivida com alegria ao ter o controle assumido; por outro lado a responsabilidade primária pelos cuidados à criança foi acompanhada por sentimentos de medo e ansiedade, os quais desapareceram ao longo do tempo, à medida que o medo de causar danos ao filho tornou-se ínfimo (O'DONOVAN; NIXON, 2019).

A literatura faz referência quanto ao impacto do bem-estar do bebê sobre o enfrentamento dos pais e destaca como a vitalidade do filho é importante para desencadear efeitos positivos sobre o bem-estar emocional dos pais. Isso está diretamente relacionado ao prognóstico do prematuro, pois quanto mais progresso os pais percebiam que seus bebês estavam fazendo, melhor eles se sentiam emocionalmente. Assim é possível afirmar que o bem-estar do bebê modera o estresse e a ansiedade dos pais (STACEY; OSBORN; SALKOVSKIS, 2015).

Ao direcionar o olhar para dimensão tempo, é possível identificar o impacto dos eventos e experiências que têm implicações no desenvolvimento da pessoa ao longo da sua vida, uma vez que essas experiências ocorrem durante a vida toda e são potenciais de estímulo ao desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2011). Além disso, o autor ressalta que, para que o processo proximal “motor do desenvolvimento” seja considerado efetivo, é necessário que as relações interpessoais sejam permeadas por reciprocidade para que assim haja efetividade na promoção do desenvolvimento.

Sendo assim, durante o acompanhamento dos casos, verifica-se que as famílias experimentaram mudanças significativas no seu modo de viver, conforme visto na subcategoria “ressignificando a vivência a cerca da prematuridade” em que as famílias relembram o passado, vislumbram o futuro e ressignificam a vivência acerca da prematuridade. Mas isso ocorreu devido ao passar tempo histórico e aos acontecimentos que implicaram essa mudança ao longo do desenvolvimento da criança, fornecendo as experiências adequadas ao desenvolvimento. A criança em desenvolvimento melhorou, e a família evoluiu e forneceu as experiências para planejar o futuro.

De modo similar, "Carregar memórias vívidas" foi a maneira que os pais de um estudo realizado em 2017 encontraram para descrever sua experiência dois anos após ter seu

filho tratado na UTI, e como isso afetou a família no momento e após a alta. Os pais ainda eram fortemente afetados pelas lembranças, que foram constantemente intensificadas durante as entrevistas, apesar de realizadas tempos depois do ocorrido. Relembrar o que foi vivenciado permitiu destacar detalhes pequenos sobre o ambiente como o som, temperatura, avisos sonoros. Lembraram também claramente da aparência da criança, conectada a diversos aparelhos e tubos. A experiência vivida tornou o relacionamento entre os pais mais forte, pois sentiram que eram capazes de lidar juntos com situações difíceis, além de lembrarem-se claramente da força de seus filhos, ao refletirem sobre como eles lutaram pela vida (TERP; STRAND, 2017).

Apesar de todas as suas preocupações, os pais eventualmente descrevem sua experiência com o nascimento prematuro como um acontecimento que mudou sua perspectiva sobre a vida, dando-lhes uma nova e positiva atitude em relação ao que foi vivenciado, o que engendrou um sentimento de esperança para o futuro. Além disso, foi uma experiência que melhorou seu relacionamento com seus parceiros. Isso mostra que as experiências acerca da prematuridade não são apenas associadas a desafios, mas também associadas a alguns efeitos positivos na vida das famílias (ADAMA; BAYES; SUNDIN, 2016).

Para a família, a adaptação inesperada do parto prematuro, a separação imediata de seus recém-nascidos, além dos estressores críticos inerentes ao contexto da UTIN, implicam reconhecer que não se pode mudar a nova realidade estabelecida. Assim, a família redefine seus conceitos e dá um novo significado às suas vidas em uma demonstração de força interna. Essas decisões geralmente levam a um novo senso de força, autoconfiança, prioridades alteradas e uma maior apreciação de vida. Além disso, elas concentram-se em um futuro promissor, mesmo que esse futuro pareça diferente do que eles imaginavam (ROSSMAN et al., 2017).

O tempo conturbado permeado pelos sentimentos vivenciados logo após o nascimento prematuro, assim como o estresse significativo acerca do medo de perder seus filhos, fizeram com que os pais se preparassem para seus bebês e refletissem sobre como suas vidas mudaram desde o nascimento. Com o passar do tempo, eles aceitaram que suas vidas com as crianças seriam diferentes do que tinham esperado e priorizaram suas responsabilidades com os bebês (ROSSMAN et al., 2017).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstra que, a partir da compreensão da vivência das famílias na transição ecológica de prematuros egressos de UTIN, amparados em constructos teóricos-conceituais amplos, é possível traçar práticas promotoras para o desenvolvimento infantil de prematuros, bem como reduzir sua vulnerabilidade e fortalecer a autonomia da família para práticas parentais saudáveis, de modo a proposição inicial.

A partir das vivências das famílias, observa-se que as dimensões bioecológicas estão presentes em seus *viveres* e imbricadas entre si, e que a todo tempo influenciam e são influenciadas, modificam e são modificadas, em decorrência da transição ecológica e as circunstâncias em que se apresentam ao sistema familiar para satisfação das necessidades essenciais dos prematuros que fazem parte do desenvolvimento infantil.

Essa pesquisa revela como a prematuridade afeta a família a partir das características pessoais e demandas de cuidado ao prematuro, de modo a modificar as expectativas, interações e vínculos estabelecidos e expressar a importância dos contextos de apoio que se modificam ao longo do tempo. Dessa forma, a tese defendida evidencia a família como um fenômeno plural, complexo e dinâmico que se transforma conforme ocorrem as mudanças de contextos na transição ecológica e o que ela implica em diferentes lapsos temporais ao longo da vida e como esses elementos que compõem essa vivência influenciam no desenvolvimento infantil enquanto um processo multifatorial.

Assim, a partir de uma concepção ecológica, a família se destaca como componente principal e significativo em suas interações com o prematuro ao longo da transição ecológica. Esse contexto, o microsistema familiar, é considerado como determinante para garantir que as necessidades irredutíveis do prematuro sejam atendidas com qualidade. Portanto, é preciso incluir de fato a família como partícipe das ações de saúde em todos os níveis assistências, com vistas ao desenvolvimento de autonomia, responsabilidade e confiança da família, e seu adequado engajamento em atividades e papéis decorrentes das interações com os demais contextos, o que facilita a transição ecológica que a família vivencia em todo este processo para, assim, promover um diferencial no desenvolvimento infantil.

O uso de constructos teóricos-conceituais conferiu a essa pesquisa maior robustez e profundidade, ao passo que permitiu a compreensão do desenvolvimento para além da dimensão biológica e ampliou o olhar ao considerar o ambiente mutante em que a criança em desenvolvimento se encontra e as inter-relações estabelecidas entre os diferentes contextos conforme o tempo cronológico acontece.

O modelo bioecológico destaca-se ainda como importante referencial metodológico no desenvolvimento da pesquisa por conferir rigor científico e validade ecológica dos dados coletados. Ademais, o uso da inserção ecológica baseada no modelo permitiu compreender a família no seu ambiente mais íntimo e adentrar um mundo privado e singular que revela o *viver* de cada família em um momento de intensa modificação a partir do nascimento do prematuro.

Do ponto de vista metodológico, reconhecem-se as limitações deste estudo, pois foi realizado dentro de um paradigma qualitativo, a partir do qual não permite generalizar os resultados para diferentes contextos. Outra limitação é o fato de haver apenas 15 participantes; ressalta-se, assim, que foram utilizadas mais de uma fonte de evidência. Em relação à duração das entrevistas, ressalta-se estas foram de 27 minutos até 1 hora e 45 minutos, e que ocorreram em quatro momentos diferentes, o que permitiu uma aproximação gradual, mais concreta e detalhada da realidade vivenciada pela família. Além disso, o estudo foi realizado em uma região delimitada, com comportamentos e cultura específicos. Sendo assim, as contextualizações podem não ser generalizáveis.

Em relação às implicações para o ensino da enfermagem, este estudo exprime a necessidade em implementar modificações na formação profissional do enfermeiro a partir de uma reflexão sobre cenário epidemiológico e social e da consideração do modelo de atenção à saúde vigente. O desenvolvimento das competências do enfermeiro deve convergir para uma mudança paradigmática no modelo de cuidado da enfermagem, pautada em evidências científicas atuais que contemplem o cuidado humano, nas necessidades e individualidades, alicerçada em conhecimento técnico-científico, a fim de apoiar a família em práticas promotoras do desenvolvimento infantil de prematuros na primeira infância nos diferentes contextos de transição.

No tocante à pesquisa, a presente investigação permite destacar a proposição de uma matriz conceitual para análise do desenvolvimento infantil de prematuros, construída à luz da interface dos conceitos das necessidades essenciais das crianças e da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, em que se almeja que esse instrumento analítico possa contribuir para uma reflexão mais ampla de conceitos aplicados à pesquisa e à prática profissional, podendo assim subsidiar equipes de saúde a propor ações de intervenção específicas a esse contingente populacional, além da articulação de políticas públicas para primeira infância, sobretudo das que apresentam maior vulnerabilidade. A aproximação dessa realidade, sob a ótica familiar, abre a perspectiva para a necessidade de novas pesquisas e sugere investigações que avaliem sistematicamente o desenvolvimento do prematuro ao longo do

tempo. Assim, há uma consideração do papel da família nesse desfecho a partir de uma concepção sistêmica para que, assim, aprofundem-se conhecimentos e obtenham-se subsídios que facilitem a sua utilização em ações práticas para o cuidado de enfermagem, nos diferentes contextos das famílias.

Esta pesquisa, no contexto do modelo de Bronfenbrenner, apresenta implicações para a prática, uma vez que os resultados deste estudo convergem para o reconhecimento das necessidades de cada família em momentos diferentes na trajetória ecológica, na busca pela equidade e integralidade do cuidado nos diferentes contextos, o que contribui para promoção do desenvolvimento de prematuros na primeira infância. Os elementos que compõem essa vivência tornam imperativa a criação de mecanismos que busquem promover políticas e programas intersetoriais eficientes que compreendam o exossistema, além de ações à nível de macrosistema que contribuam para uma mudança paradigmática voltada ao fortalecimento individual da família nas práticas promotoras do desenvolvimento infantil de prematuros. Isso inclui a implementação de modelos de cuidados individualizados para otimizar os resultados do neurodesenvolvimento em prematuros, ações para que os cuidados sejam continuados na rede de saúde adequada à realidade local e fortalecimento da atenção primária em saúde com ações específicas para fortalecer as famílias a fim de alavancar o desenvolvimento infantil em situações adversas como a prematuridade.

REFERÊNCIAS

ADAMA E. A.; BAYES S.; SUNDIN D. Parents' experiences of caring for preterm infants after discharge from Neonatal Intensive Care Unit: A meta-synthesis of the literature. **Journal of Neonatal Nursing**. 2016;22(1),27–51. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.07.006>.

ALS, H. **Program guide: newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP):** an education and training program for health care professionals. Boston: NIDCAP Federation International, 2015. Disponível em: <<http://nidcap.org/wp-content/uploads/2014/09/Program-Guide-Rev-22Sep2014.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

ALS, H.; DUFFY, F. H. et al. **Is the Newborn Individualized Development Care Program (NIDCAP) effective for preterm infants with intrauterine growth restriction?** J. Perinatol., Philadelphia, v. 31, no. 2, p. 130–136, Feb. 2011. doi: 10.1038/jp.2010.81.

ALS, H.; DUFFY, F. H.; McANULTY, G. et al. **NIDCAP improves brain function and structure in preterm infants with severe intrauterine growth restriction.** J. Perinatol., Philadelphia, v. 32, no.10, p. 797-803, 2012.

ALVES, P. B. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.** Psicol. Reflexo. Crit. Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 369-373, 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279721997000200013&lng=en&nrm=iso>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721997000200013>. Acesso em: 06 dez. 2019.

BASTANI, F.; ABADI, T. A.; HAGHANI, H. **Effect of Family-centered Care on Improving Parental Satisfaction and Reducing Readmission among Premature Infants: a randomized controlled trial.** J. Clin. Diagn. Res., India, v. 9, no. 1, p. SC04-8, Jan. 2015. DOI: 10.7860/JCDR/2015/10356.5444.

BENAVENTE-FERNÁNDEZ et al. **Association of Socioeconomic Status and Brain Injury With Neurodevelopmental Outcomes of Very Preterm Children.** JAMA Network Open. 2019;2(5):e192914. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.2914 Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2732331>

BERNAL R, RAMÍREZ SM. **Improving the quality of early childhood care at scale: The effects of “From Zero to Forever”.** World Development. 2019;118(C):91-105. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2019.02.012>

BLACK M. M; WALKER S.P; FERNALD L.C.H; ANDERSEN C.T; DIGIROLAMO A.M; LU C. **Early childhood development coming of age: science through the life course.** Lancet. 2017;7;389(10064):77-90. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)

BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; OESTERGAARD, M. Z. et al. **National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications.** Lancet, London, v. 379, no. 9832, p. 2162–2172, 2012. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60820-4.

BRAGA, P. P.; SENA, R. R. de. **Devir cuidadora de prematuro e os dispositivos constituintes da continuidade da atenção pós-alta.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 26, n. 3, e3070016, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000300315&lng=en&nrm=iso>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003070016>. Acesso em: 27 Jan. 2020. Pub Aug 17, 2017.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.327 Distrito Federal. 2020. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/autenticacao/autenticarDocumento.asp> sob o código D53F-CB4B-A181-6E95 e senha 532A-62FA-AD01-B5B2

BRASIL. Projeto de Lei PLS 742/2015. **Assembléia Legislativa.** Estabelece diretrizes gerais sobre a política de atenção à prematuridade. Brasília, DF, 2015 Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4391819&disposition=inline>>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 99/2015.** Altera o inciso XVIII do art. 7º da Constituição Federal, para dispor sobre a licença-maternidade em caso de parto prematuro. 2015. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3036934&disposition=inline>>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016A.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Oficial [da] União, Brasília, DF, Brasília, DF, 9 abr. 2016a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e a redução da mortalidade infantil. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Brasília, DF, 2015c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Brasília, DF, 2019c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>>. Acesso em: 07 out. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Manual prático para a implementação da Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2016

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 25 jun. 2011c.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1638, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. revogada a Portaria nº 693/GM de 5 de julho de 2000. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, n. 129-E, p. 15, 6 jul. 2000. Seção 1.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p.:il.

BRASIL. PL 472/2019. **Câmara dos deputados**. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=219118https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=E60EF2FD61A6BFC740998F8C33ED9A94.proposicoesWebExterno2?codteor=1707754&filename=PL+472/20191

BRASIL. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. **Presidência da República**. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

BRAZELTON, T. B.; GREENSPAN, S. **As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRONFENBRENNER, U.; CECI, S. J. Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. **Psychological Review**, 101(4), 568–586, 1994. DOI:10.1037/0033-295x.101.4.568.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The bioecological model of human development. In W. Damon & R. Lerner (Series Eds.) & R. M. Lerner (Vol. Ed.), **Handbook of child psychology**: Vol 1: Theoretical models of human development (6th ed., pp. 793-828.). New York: Wiley, 2006 p. 793-803.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. (Orgs.). **Handbook of child psychology**, Vol. 1: Theoretical models of human development. New York: John Wiley, 1998. p. 993-1028.

CASTRO, A. C. O.; DUARTE, E. D.; DINIZ, I. A. Intervenção do enfermeiro às crianças atendidas no ambulatório de seguimento do recém nascido de risco. **Rev. Enferm.** Centro-Oeste Min., São João Del Reis, v. 7, e1159, 2017.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Inserção Ecológica na comunidade: Uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Rio Grande do Sil. v. 16, no. 3, p.515-524, 2003.

CENTER ON THE DEVELOPING CHILD AT HARVARD UNIVERSITY. **Mission & Overview**. Cambrige: Harvard University, 2014. Disponível em: <<http://developingchild.harvard.edu/>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

CHU, C. J. Quick and accurate quantification of the premature brain. **Clin. Neurophysiol.**, Amsterdam, v.127, no. 8, p. 2908-2909, 2016.

CONG, X. et al. The impact of cumulative pain/stress on neurobehavioral development of preterm infants in the NICU. **Early Hum. Dev.**, Amsterdam, v.108, no. 9, p.16, 2017.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

DAMM, G. et al. Qualitäts analysen zur Entwicklung Frühgeborener: Ergebnisse des Niedersächsischen Frühgeborenen-Nachuntersuchungsprojekts und eines Vergleichskollektivs reif geborener Kinder. **Qualitäts analys em zurEntwicklung Frühgeborener: ErgebnissedesNiedersächsischenFrühgeborenen-NachuntersuchungsprojektsundeinesVergleichskollektivsreifgeborenerKinder**. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ), v.109, no.1, p. 6-17, 2015. Disponível em: <[http://zefq-journal.com/article/S1865-9217\(15\)00003-3/pdf](http://zefq-journal.com/article/S1865-9217(15)00003-3/pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2017.

DATASUS. Departamento de Informação do SUS. MS/SVS/DASIS - **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>>. Acesso em: 30 set. 2019.

DAUCH, C. et al. The influence of the number of toys in the environment on toddlers' play. **Infant Behavior and Development**, 50, 78–87, 2018DOI:10.1016/j.infbeh.2017.11.005

DEMESTREA, L. et al. Development deficit risks in the late premature newborn: Evaluation at 48 months using the Ages & Stages Questionnaires®. **An. Pediatr.**, Barcelona, v. 84, no.1, p. 39-45, 2016.

DENNIS, M. et al. Age, plasticity, and homeostasis in childhood brain disorders. **Neurosci. Biobehav. Rev.**, New York, v. 37, no.10, p.2760–2773, Dec. 2013.

DIDONET, V. (Org.). Plano Nacional pela Primeira Infância. Brasília, DF: **Rede Nacional pela Primeira Infância**, 2010 Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/antigo_wp/acervo/publicacoes>. Acesso em: 2 jul. 2017.

DING X. et al.**Effects of family-centred care interventions on preterm infants and parents in neonatal intensive care units: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials**. **Australian Critical Care**. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.10.007>.

ELSEN, I. et al. A imagem da enfermagem com famílias: um encontro com a realidade brasileira. In: _____. **Enfermagem com Famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros**. Florianópolis: Editora Papa Livro, 2016.

ESCARTÍ, A. et al. Estudio piloto sobre elestrés y La resiliencia familiar em reciénnacidos prematuros. **An. Pediatr.**, Barcelona, v. 84, p. 3-9, 2016.

FAWKE, J. et al. Lung function and respiratory symptoms at 11 years in children born extremely preterm: the EPICure study. **Am. J. Respir. Crit. Care Med.**, New York, v.182, no.2, p. 237–452, 2010.

FELDMAN R, MASALHA S. Parent–child and triadic antecedents of children’s social competence: Cultural specificity, shared process. **Developmental Psychology**. 2010;46(2):455–467. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0017415>.

FERNANDES, N. G. V.; SILVA, E. M.B. Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra,v. serIV, n. 4, p. 107-115, fev. 2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100012&lng=pt&nrm=iso>. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14032>. Acesso em: 21 jan. 2020.

FOCH, G. F. L.; SILVA, A. M. B.; ENUMO, S. R. F.Enfrentamento religioso-espiritual de mães com bebê em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 4, p. 1193-1203, dez. 2016 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2016000400001&lng=pt&nrm=iso>.DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.4-01>.Acessos em 17 jan. 2020.

GARFIELD, C. F. et al. Supporting parents of premature infants transitioning from the NICU to home: a pilot randomized control trial of a smartphone application. **Internet Intervent.**, Amsterdam, v.4, no. 2, p.131-137, May 2016.

GOMES, I. F. et al. Vivências de famílias no cuidado à criança com complicações da prematuridade. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v.15, n. 4, p. 630-638, 2016.

GRANERO-MOLINA J. et al.Experiences of Mothers of Extremely Preterm Infants after Hospital Discharge. **J Pediatr Nurs.** 2019 Mar - Apr;45:e2-e8. doi: 10.1016/j.pedn.2018.12.003. Epub 2018 Dec 21. Aavailable from: <https://www.pediatricnursing.org/action/doLitLogin?action=showLoginPage>

GRIFFITHS N. et al.. Individualised developmental care for babies and parents in the NICU: **Evidence-based best practice guideline recommendations**. Early Human Development. 2019:104840. In Press. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104840>.

GUARAPUAVA. **Secretaria Municipal de Saúde**. Mamãe Guará: Programa Municipal de atenção materno-infantil. Guarapuava, 2018.

HADDAD, S. et al. **Sleep in Parents of Preterm Infants: A Systematic Review.** *Midwifery*, 2019. DOI:10.1016/j.midw.2019.01.009.

HALL S. L. et al. Recommendations for peer-to-peer support for NICU parents. *Perinatol* **35**, S9–S13 (2015) doi:10.1038/jp.2015.143.

HERTZ, C. L. et al. Personality in Adults Who Were Born Very Preterm. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 8, no. 6, e66881, Jun. 2013. DOI: 10.1371/journal.pone.0066881.

HUÇULAK, M. C. et al. Rede Mãe Paranaense relato de experiência. *Rev.Espac. Saude*, Londrina, v. 15, n. 1, p. 77-86, abr. 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/18347/pdf_22>. Acesso em: 12 jan. 2017.

IM, Y.; VANDERWEELE, T. J. Role of first-year maternal employment and paternal involvement in behavioral and cognitive development of young children. *Infant Mental Health Journal*, 39(4), 449–465. doi:10.1002/imhj.21716. 2018.

IMAD, T.; JARJOUR, M. D. Neurodevelopmental outcome after extreme prematurity: a review of the literature. *Pediatr. Neurol.*, New York, v. 52, no. 2, p.143 – 152, 2015.

IPARDES. **Caderno Estatístico:** Município de Guarapuava. Curitiba, 2019. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=82&btOk=ok>. Acesso em: 30 out. 2019.

JIANG, S. et al. Parents as practitioners in preterm care. *Early Hum. Dev.*, v. 90, no.11, p.781–785, Nov. 2014.

JOAQUIM R. H.V. et al. Interações entre mães e bebês prematuros: enfoque nas necessidades essenciais. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 580-589, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1051>>.

JONG, F. et al. Systematic review and meta-analysis of preterm birth and later systolic blood pressure. *Hypertension*, Dallas, v. 59, no. 2, p. 226-234, 2012.

KIECHL-KOHLENDORFER, U. et al. Effect of developmental care for very premature infants on neurodevelopmental outcome at 2 years of age. *Infant. Behav. Dev.*, Norwood, v. 39, p. 166-172, May 2015. DOI: 10.1016/j.infbeh.2015.02.006.

KIM, J. H. et al. **Parent-Child Interactions and Child Outcomes: Evidence from Randomized Intervention.** Labour Economics. 2018.DOI:10.1016/j.labeco.2018.08.003.

KOLLER, S. Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil. 2. ed. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2011.

LAVALLÉE A. et al.Part 1: Narrative overview of developmental care interventions for the preterm newborn. **Journal of Neonatal Nursing.** 2019;25(1):3-8 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.08.008>.

LEAL et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health**, v. 13, p. 163-174, 2016.

LEMOS, R. A; VERÍSSIMO, M. L. O. R. Desenvolvimento de crianças nascidas prematuras: a compreensão dos cuidadores à luz da Teoria Bioecológica. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 898-906, Dec. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342015000600898&lng=en&nrm=iso>.DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000600004>.Acesso em:13 Jan. 2020.

LEMOS, R. A.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. Desenvolvimento funcional de bebês prematuros: uma revisão integrativa da literatura. **Fisioter. Mov., Curitiba**, v. 29 n. 3, 2016. Disponível em:<<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/rfm?ddl=16287&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

LIPNER, H. S.; HURON, R. F. Developmental and Interprofessional Care of the Preterm Infant. **Pediatric Clinics of North America**, 65(1), 135–141. DOI:10.1016/j.pcl.2017.08.026. 2018.

LITT J. S; MCCORMICK M. C. The Impact of Special Health Care Needs on Academic Achievement in Children Born Prematurely. **Academic Pediatrics.** 2016;16(4):350–357. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.12.009>.

LUIJK M. P. C. M. et al.. Gestational age at birth and sleep duration in early childhood in three population-based cohorts, **Sleep Medicine:** 2019. X. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2019.100002>.

LUU, M.; MUHAMMAD, O. R. M.; NUU, B. M. Long-Term Impact of Preterm Birth: Neurodevelopmental and Physical Health Outcomes. **Clin. Perinatol.**, Philadelphia, v. 44, no. 2, p. 305-314, 2017.

MA, L. et al. Effect of early intervention on premature infants general movements. **Brain & Dev.**, Tokyo, v. 37, no. 4, p. 387-393, 2015.

MACANA, E.C.; COMIM F. O papel das práticas e estilos parentais no desenvolvimento da primeira infância. **In: Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil**: parentalidade em foco/ organizadores: Gabriela AratangPluciennik, Márcia Cristina Lazzari, Marina Fragata Chicaro. -- 1. ed. -- São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal - FMCSV, 2015.

MARCHETTI, D.; MOREIRA, M. C. Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 1, p. 82-89, jun. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177093X2015000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 20 jan. 2020.

MASCHERONI E, IONIO C. The efficacy of interventions aimed at improving post-partum bonding: A review of interventions addressing parent-infant bonding in healthy and at risk populations. **Journal of Neonatal Nursing**. 25(2):61-68, 2018. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.09.003>.

MATEI, A. et al. Primary and secondary prevention of preterm birth. RHR/WHO review of systematic reviews and ongoing randomized controlled trials. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**. DOI:10.1016/j.ejogrb.2018.12.022. 2019.

McANULTY, G. B. et al. Effects of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) at age 8 years: preliminary data. **Clin. Pediatr.**, Philadelphia, v. 49, no. 3, p. 258-270, 2010. DOI: 10.1177/0009922809335668.

MCGOWAN, E. C.; VOHR, B. R. Neurodevelopmental Follow-up of Preterm Infants. **Pediatric Clinics of North America**, 2019. DOI:10.1016/j.pcl.2018.12.015

MELLO D. F. et al. Child safety from the perspective of essential needs. **Rev Latino Am Enfermagem** [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 18]; 22(4):604-610. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/0104-1169-rlae-22-04-00604.pdf> [Links].

MINDE K; ZELKOWITZ P. Premature Babies. **Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development** 2008: 581-591. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-012370877-9.00126-2>.

MOSQUEDA, R. et al. Necessary resources and barriers perceived by professionals in the implementation of the NIDCAP. **Early Hum. Dev.**, Limerick, v. 89, no. 9, p. 649-653, 2013. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2013.04.011.

MSALL M. E. Promoting Parenting Supports and Engagement for Infants Born Preterm. **J Pediatr.** 2019;210:10-12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.03.036>.

MWANIKI, M.K. et al. Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults: a systematic review. **Lancet.** New England, v.379, no.9814, p. 445-52. Feb. 2012 DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61577-8.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. **The Timing and Quality of Early Experiences Combine to Shape Brain Architecture**: working paper #5. 2008. Cambridge: Harvard University, 2007. Disponível em: <http://developingchild.harvard.edu/wpcontent/uploads/2007/05/Timing_Quality_Early_Experiences-1.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NESCON. **Faculdade de Medicina.** Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/genograma/>>.

O'DONOVAN, A.; NIXON, E. “Weathering the storm:” Mothers’ and fathers’ experiences of parenting a preterm infant. **Infant Mental Health Journal.** DOI:10.1002/imhj.21788. 2019.

OLIVEIRA, J. A. D. et al. Continuidade no cuidado da prematuridade. **Revista Saúde (Sta. Maria).** 2019; 45(1).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. International classification of impairments, disabilities, and handicaps. **Geneva: World Health Organization**, 1980. Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/41003>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Método Madre Canguro**: guia práctica. Genebra, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/es/>. Acesso em: 12 jul. 2017.

ESTADO DO PARANÁ. **Secretaria Estadual de Saúde.** Linha guia: rede mãe paranaense. Curitiba, 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2014.

PASSINI JUNIOR, R. et al. Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP): Prevalence and Factors Associated with Spontaneous Preterm Birth. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 9, no.10, e0116843, 2014.

PENNELL, C. et al. Prematurity and parental self-efficacy: The Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. **Infant Behavior and Development**, 35(4), 678–688. doi:10.1016/j.infbeh.2012.07.009. 2012.

PETTY, J. et al. The knowledge and learning needs of health professionals in providing support for parents of premature babies at home: A mixed-methods study. **Journal of Neonatal Nursing**. DOI:10.1016/j.jnn.2019.07.002. 2019.

PINEDA, R. G. et al. Alterations in brain structure and neurodevelopmental outcome in preterm infants hospitalized in different neonatal intensive care unit environments. **J. Pediatr., St. Louis**, v.164, no.1, p. 52-60. e2. Jan.2014. DOI: 10.1016/j.jpeds.2013.08.047.

PINHEIRO, R. C. et al. Visual motor integration and overall development of preterm and at term children at the beginning of schooling. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 24,n. 2, p. 181-187, 2014.

PINTO B.;SENA, P.; ROSENI, R.Devir cuidadora de prematuro e os dispositivos constituintes da continuidade da atenção pós-alta.**Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 26, núm. 3, 2017, pp. 1-8 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil.

POHLMANN, F. C. et al. Entrega prematura: abordagens presentes na produção científica nacional e internacional. **Doente glob Murcia**, v. 15, n. 42, p. 386-397, abr 2016. Disponível em:<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412016000200014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 18 de janeiro de 2020.

POLAŃSKA, K. et al. Maternal lifestyle during pregnancy and child psychomotor development - Polish Mother and Child Cohort study. **Early Hum. Dev.**, Amsterdam, v. 91, no. 5, p. 317–325, 2015.

REYMUNDO M. G. et al. Follow-up recommendations for the late preterm infant. **Anales de Pediatría (English Edition)**. Volume 90, Issue 5, pages 318.e1-318.e8, Mai. 2019

ROSSMAN, B. et al. Resilience in Mothers of Very-Low-Birth-Weight Infants Hospitalized in the NICU. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, 46(3), 434–445. doi:10.1016/j.jogn.2016.11.016. 2017.

SANTOS, A. O. NIDCAP®: uma filosofia de cuidados. **Nascer e crescer**, [online], Porto, v. 20, n. 1, p. 26-31, 2011.

SANTOS, A.S. et al. Papel materno durante a hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, e20180394, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100383&lng=en&nrm=iso>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0394>. Acessado em: 16 Jan. 2020. Epub Nov 04, 2019.

SHAH, P. E. N. et al. The paradox of prematurity: The behavioral vulnerability of late preterm infants and the cognitive susceptibility of very preterm infants at 36 months post-term. **Infant Behav. De.**, Norwood, v. 36, no.1, p. 50–62, 2013. DOI: 10.1016/j.infbeh.2012.11.003.

SHIMKO, A. N. Sleep in infancy: A concept analysis. **Journal of Pediatric Nursing**, 47, 100–105. 2019. DOI:10.1016/j.pedn.2019.05.001.

SHONKOFF, J. P.; GARNER A. S. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. **Pediatrics**, v. 129, no. 1, p. e232-246, Jan. 2012. DOI: 10.1542/peds.2011-2663.

SHONKOFF, J.; PHILLIPS, D. (Ed.). Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development. Washington, DC: **National Academy Press**, 2000.

SILVEIRA, R. C. Como organizar o seguimento do prematuro. In: _____. **Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. 1. ed. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012. p. 3 -7.

SIMMONS, L. E. et al. Preventing Preterm Birth and Neonatal Mortality: Exploring the Epidemiology, Causes, and Interventions. **Semin. Perinatol.**, v.34, no. 6, p. 408–415, Dec. 2010. DOI: 10.1053/j.semperi.2010.09.005.

SOARES L. G. et al. Unidade de terapia intensiva neonatal: percepções maternas sobre símbolos religiosos. **Cogitare Enferm.** 2015 Out/dez; 20(4): 742-749.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência. **Departamento Científico de Neonatologia**. Nº 2, Novembro de 2017. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20399b-DocCient_-_Prevencao_da_prematuridade.pdf>.

STACEY, S.; OSBORN, M.; SALKOVSKIS, P. Life is a rollercoaster...What helps parents cope with the Neonatal Intensive Care Unit (NICU)? **Journal of Neonatal Nursing**, 21(4), 136–141. doi:10.1016/j.jnn.2015.04.006. 2015.

TAN A. et al. Support and information needs of parents and carers of preterm babies requiring respiratory support on the neonatal unit: A qualitative systematic review. **Journal of Neonatal Nursing**. Available online 9 December 2019. In Press. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2019.11.003>.

TAU, G. Z.; PETERSON, B. S. Normal Development of Brain Circuits. **Arch. Dis. Childh.**, London, v. 35, no. 1, p.147–168, 2010. DOI: 10.1038/npp.2009.115.

TAYLOR-COLLS, S.; PASCO FEARON, R. M. The Effects of Parental Behavior on Infants' Neural Processing of Emotion Expressions. **Child. Develop., Chicago**, v. 86, no. 3, p. 877–888, May-Jun. 2015. DOI: 10.1111/cdev.12348.

TERP, K.; SJÖSTRÖM-STRAND, A. Parents' experiences and the effect on the family two years after their child was admitted to a PICU—An interview study. **Intensive and Critical Care Nursing**, 43, 143–148. doi:10.1016/j.iccn.2017.06.003. 2017.

TINNION, R.; GILLONE, J.; CHEETHAM, T. Preterm birth and subsequent insulin sensitivity: a systematic review. **Arch. Dis. Childh., London**, v. 99, no. 4, p. 362–368, Apr. 2014. DOI: 10.1136/archdischild-2013-304615.

TONG A.; SAINSBURY P.; CRAIG J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**[online]. 2007 Set [citado 2017 ago 30]; 19(6):349-57. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>>.

TORAL-LÓPEZ, I. et al. Needs Perceived by Parents of Preterm Infants: Integrating Care Into the Early Discharge Process. **Journal of Pediatric Nursing**, 31(2), e99–e108. doi:10.1016/j.pedn.2015.09.007. 2016.

TOTTENHAM N. Early Adversity and the Neonatal Human Brain. **Biol Psychiatry**. 2019 Jun 29. S0006-3223(19)31481-7 [Epub ahead of print]. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.06.018>.

TRONCO, C. S. et al. “Não esperava que nascesse antes” - vivência materna diante da internação na unidade de terapia intensiva neonatal. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 20, n.1, p. 53-59, jan./mar. 2015.

TUDGE, J. R. H. et al. Uses and Misuses of Bronfenbrenner's Bioecological Theory of Human Development. **Journal of Family Theory & Review**, 1(4), 198–210. doi:10.1111/j.1756-2589.2009.00026.x. 2009.

UNICEF. **Convenção sobre os direitos da criança**. Nova Iorque: UNICEF. Disponível em <http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.htm>. 1989.

UNICEF. **Building Better Brains**: new frontiers in early childhood development. 2014. Disponível em: <http://www.unicef.org/earlychildhood/files/Building_better_brains____web.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2016.

UTZUMI, F. C. et al. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto & contexto enferm**; 27(2): e4250016, 2018.

VERISSIMO, M. De La Ó R. Necessidades essenciais das crianças para o desenvolvimento: referencial para o cuidado em saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03283, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342017000100601&lng=en&nrm=iso>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017017403283>. Acesso em: 08 Oct. 2019. Epub Mar 15, 2018.

WILLIAMS, C. L.; TANN, C. J. Global perspectives of premature birth across the life course. **The Lancet Child & Adolescent Health**. DOI:10.1016/s2352-4642(19)30109-9. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries**. Geneva, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/infant_feeding_low_bw/en/>. Acesso em: 13 ago. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Survive and thrive**: transforming care for every small and sick newborn. Geneva, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age**. Geneva: WHO; 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born too soon**: the global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em:

<http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index1.html>. Acesso em: 14 ago. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: WHO; 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 2020 jan10.

WOYTHALER, M. Neurodevelopmental outcomes of the late preterm infant. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**. DOI:10.1016/j.siny.2018.10.002. 2018.

YAARI, M. et al. Early developmental trajectories of preterm infants. **Research in Developmental Disabilities**. DOI:10.1016/j.ridd.2017.10.018. 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YU, X.; ZHANG, J.; YUAN, L. Chinese parents' lived experiences of having preterm infants in NICU: A qualitative study. **Journal of Pediatric Nursing**. DOI:10.1016/j.pedn.2019.11.002. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – DADOS DA CARTEIRINHA E INFORMAÇÕES GERAIS

Nome da criança: _____
Data de nascimento: _____ **IG:** _____
Cuidador principal: _____
Telefones: _____
Endereço: _____

ESTUDO DE CASO Nº _____

Início do caso: ____/____/____ Entrevistado: _____ [] Notas Metodológicas
 1º Visita no domicílio: ____/____/____ Entrevistado: _____ [] Notas Metodológicas
 2º Visita no domicílio: ____/____/____ Entrevistado: _____ [] Notas Metodológicas
 3º Visita no domicílio: ____/____/____ Entrevistado: _____ [] Notas Metodológicas
 [] Coleta de informações da carteirinha da criança
 [] Genograma
 [] Ecomapa

DADOS DA CARTEIRINHA DA CRIANÇA

1º VISITA NO DOMICÍLIO

Data: ____/____/____ Idade Cronológica: _____ Idade corrigida: _____
 Está fazendo acompanhamento: (....) Sim (.....) Não Local: _____
 Profissionais _____ que _____ acompanham: _____
 Peso: _____ Comprimento: _____ PC: _____ PT: _____
 Vacinação em dia: _____
 Orientações _____ recebidas: _____

2º VISITA NO DOMICÍLIO

Data: ____/____/____ Idade Cronológica: _____ Idade corrigida: _____
 Está fazendo acompanhamento: (....) Sim (.....) Não Local: _____
 Profissionais _____ que _____ acompanham: _____
 Peso: _____ Comprimento: _____ PC: _____ PT: _____
 Vacinação em dia: _____
 Orientações _____ recebidas: _____

3º VISITA NO DOMICÍLIO

Data: ____/____/____ Idade Cronológica: _____ Idade corrigida: _____
 Está fazendo acompanhamento: (....) Sim (.....) Não Local: _____
 Profissionais _____ que _____ acompanham: _____
 Peso: _____ Comprimento: _____ PC: _____ PT: _____
 Vacinação em dia: _____
 Orientações _____ recebidas: _____

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA

INÍCIO DO CASO (UTIN) - EC N°

IDENTIFICAÇÃO

Relação do cuidador principal com a criança: (.....) Mãe (.....) Pai (.....) Outro

DN: / /

Estado civil: (.....) Solteiro (a) (.....) Casado (a) (.....) Divorciado (a) (.....) Viúvo (a)
(.....) União Estável (.....) Outro:

Escolaridade: (.....) Analfabeto (.....) Fundamental incompleto (.....) Fundamental completo
(.....) Médio incompleto (.....) Médio completo (.....) Superior incompleto
(.....) Superior completo (.....) Pós- graduação

Ocupação: _____



ENTREVISTA

1. Conte-me como foi desde quando você descobriu que estava grávida até hoje.
2. E o teu pré-natal como que foi...
3. Como foi quando _____ nasceu o dia do nascimento.
4. Como você tem vivenciado tudo isso.
5. Como é pra você ter um filho prematuro.
6. Como _____ está reagindo?
7. Como tem sido as visitas na UTIN?
8. E como é tua relação com a equipe da UTIN.
9. Quem tem vindo visitar ele (a)?
10. Como você organizou sua vida pra dar conta de estar aqui.
11. E quais as tuas expectativas para a alta.
- 12.** Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

NOTAS METODOLÓGICAS

[illegible]

PRIMEIRA VISITA NO DOMICÍLIO

EC Nº _____

IDENTIFICAÇÃO**Relação do cuidador principal com a criança:** (.....) Mãe (.....) Pai (.....) Outro _____**DN:** _____/_____/_____**Estado civil:** (.....) Solteiro (a) (.....) Casado (a) (.....) Divorciado (a) (.....) Viúvo (a)
(.....) União Estável (.....) Outro: _____**Escolaridade:** (.....) Analfabeto (.....) Fundamental incompleto (.....) Fundamental completo
(.....) Médio incompleto (.....) Médio completo (.....) Superior incompleto
(.....) Superior completo (.....) Pós- graduação**Ocupação:** _____**IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO:****Moradia:** (.....) Madeira (.....) Alvenaria (.....) Mista (.....) Outro: _____
(.....) Próprio (.....) Alugado (.....) Cedida (.....) Outro: _____**Condição sanitário:** (.....) Esgoto (.....) Fossa (.....) Outro: _____**Fornecimento de água:** (.....) Água encanada (.....) Poço artesiano (.....) Nascente (.....) Outro: _____**Destino do lixo:** (.....) Coletado (.....) Queimado (.....) Enterrado (.....) Outro: _____**Energia elétrica:** (.....) Companhia distribuidora (.....) Não possui (.....) Outro: _____**Meio de comunicação utilizado:** (.....) Tv (.....) Rádio (.....) Internet (.....) Outro: _____**Quantas pessoas trabalham na casa?** _____ **Recebem benefício do governo?** (.....) Sim (.....) Não**Renda familiar:** _____ **Quantas pessoas moram com vocês?** _____**Qual o número de cômodos do domicílio:** _____**Qual o principal cuidador da criança?** _____**Na ausência desse cuidador, quem cuida dele (a)?** _____**SOBRE GESTAÇÃO, NASCIMENTO E HOSPITALIZAÇÃO****Tem carteirinha** (.....) Sim (.....) Não**Com quantas semanas seu filho nasceu?** _____ **Tipo de parto:** (.....) normal (.....) cesárea**A gravidez foi planejada?** (.....) Sim (.....) Não **Foi realizado pré- natal?** (.....) Sim (.....) Não**Onde foi realizado:** (.....) UBS (.....) Clínica da Mulher (.....) Consultório particular**Nº de consultas realizadas** _____ **Problemas durante a gravidez?** (.....) Não (.....) Sim, quais: _____**Trabalhou durante a gestação?** (.....) Sim (.....) Não**Teve licença maternidade?** (.....) Não (.....) Sim**Qual o motivo do internamento na UTIN?** _____**Precisou ser reanimado em sala de parto?** (.....) Sim (.....) Não (.....) Não sabe**ESTADO DE SAÚDE ATUAL****Faz acompanhamento de saúde do filho:** (.....) Sim (.....) Não**Onde:** (.....) UBS (.....) Consultório Particular (.....) Clínica**De quanto em quanto tempo você faz esse acompanhamento :** _____**Quando seu filho apresenta algum problema de saúde qual local você procura:** _____**Necessitou de internação após a alta da UTI:** (.....) Não (.....) Sim – **Motivo:** _____**Realiza algum tratamento de saúde:** (.....) Não (.....) Sim – **Qual:** _____**Carteirinha de vacinação atualizada:** (.....) Não (.....) Sim**Recebeu imunobiológico especial:** (.....) Não (.....) Sim**Amamentação** (.....) Não (.....) Sim - Quanto tempo: _____



ENTREVISTA

1. Como tem sido desde que vocês tiveram alta até hoje?
2. Como foi quando você chegou em casa com _____
3. Como está o seu filho agora? (desenvolvimento)
4. Quais as principais facilidades encontradas para você cuidar dele?
5. Quais as principais dificuldades encontradas para você cuidar dele?
6. Você conversa com alguém sobre isso? (familiar, profissional)
7. Como você percebe quando ele quer alguma coisa? (fome, cólica, sono)
8. Quem são as pessoas mais próximas do seu filho, que mais interagem com ele?
9. Você tem observado se ele tem alguma preferência por algo ou alguém?
10. Quem mora aqui na sua casa? (papéis e funções)
11. Quem mais auxilia no cuidado do seu filho (a).
12. Quais serviços de saúde/educação você tem utilizado com ele?
13. O que você faz quando tem alguma dúvida?
14. Gostaria de acrescentar algo mais?

NOTAS METODOLÓGICAS

[] Descrever ambiente domiciliar (higiene, espaço, brinquedos)

[] Descrever as relações familiares

SEGUNDA VISITA NO DOMICÍLIO

EC Nº _____

IDENTIFICAÇÃO

Relação do cuidador principal com a criança: (.....) Mãe (.....) Pai (.....) Outro _____
DN: _____/_____/_____

Estado civil: (.....) Solteiro (a) (.....) Casado (a) (.....) Divorciado (a) (.....) Viúvo (a)
 (.....) União Estável (.....) Outro: _____

Escolaridade: (.....) Analfabeto (.....) Fundamental incompleto (.....) Fundamental completo
 (.....) Médio incompleto (.....) Médio completo (.....) Superior incompleto
 (.....) Superior completo (.....) Pós-graduação

Ocupação: _____



ENTREVISTA

1. Como está o seu filho atualmente.
2. Como tem sido desde a última vez que conversamos?
3. O que você percebe que mudou nele(a) desde o último mês?
4. Como tem sido cuidar dele agora? Quem mais ajuda a cuidar?
5. Como é o dia-a-dia de _____ (descrever rotina de cuidados).
6. Você tem encontrado facilidades para cuidar dele
7. E dificuldades, você tem alguma? Quais?
8. Você conversa com alguém sobre isso?
9. O que você tem feito para estimular o desenvolvimento do seu filho?
10. Quais serviços de saúde/educação você tem utilizado com ele até agora? Como é lá?
11. Como é a convivência com outros familiares, vizinhos e amigos? (*Tempo de permanência e periodicidade*).
12. Quais as preferências de _____ (*brincadeiras, objetos, brinquedos*)
13. Quais as principais características de _____?
14. Você tem observado se ele tem alguma preferência por algo ou alguém?
15. Gostaria de acrescentar algo mais?

NOTAS METODOLÓGICAS

ENCERRAMENTO DO CASO – TERCEIRA VISITA DOMICILIAR

EC N° _____

IDENTIFICAÇÃO

Relação do cuidador principal com a criança: (.....) Mãe (.....) Pai (.....) Outro _____
DN: _____/_____/_____

Estado civil: (.....) Solteiro (a) (.....) Casado (a) (.....) Divorciado (a) (.....) Viúvo (a)
 (.....) União Estável (.....) Outro: _____

Escolaridade: (.....) Analfabeto (.....) Fundamental incompleto (.....) Fundamental completo
 (.....) Médio incompleto (.....) Médio completo (.....) Superior incompleto
 (.....) Superior completo (.....) Pós-graduação

Ocupação: _____



ENTREVISTA

1. Como está o seu filho atualmente.
2. O que mudou da última vez que conversamos?
3. Como foi a tua vivência desde a alta da UTIN até agora.
4. Como foi para você cuidar do seu filho desde que ele nasceu prematuro?
5. Quais as principais facilidades encontradas nessa caminhada?
6. Quais as principais dificuldades que vocês enfrentaram?
7. Quem são as pessoas você considera que foram fundamentais nesse processo?
8. O que mais ajudou você e seu filho nesse período.
9. O que você tem feito para estimular o crescimento e desenvolvimento saudável do seu filho?
10. Quais as brincadeiras eles mais gostam de fazer hoje? Tem algum objeto que ele gosta mais?
11. Quais pessoas têm mais convivido com ele?
12. Quais as principais mudanças que você percebe nele desde o período de internação até hoje.
13. Quais as principais mudanças que você percebe na sua casa desde que ele nasceu.
14. O que mais você acha que seu filho precisaria para ter o melhor desenvolvimento possível?
15. Quais serviços você considera que foram fundamentais para o cuidado com _____ (saúde, educação, financeira).
16. Quais são seus planos para o futuro?
17. Gostaria de acrescentar algo mais?

NOTAS METODOLÓGICAS

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “vivência da família na transição ecológica do prematuro da UTIN ao domicílio, com vistas ao desenvolvimento infantil”, sob a responsabilidade de LARISSA GRAMAZIO SOARES, que irá investigar transição ecológica do prematuro da UTIN ao domicílio.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo COMEP/UNICENTRO.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

Emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-UNICENTRO

Número do parecer: 1.864.048/2016

Data da relatoria: 12/12/2016

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa você será incluído no estudo de caso e irá responder a uma entrevista gravada, posteriormente ela será transcrita e você poderá ler, além disso durante a pesquisa estão programadas três visitas na sua casa após a alta do seu filho da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para compreender a vivência das famílias de crianças que nasceram prematuras e elencar os elementos de proteção dos contextos que as crianças prematuras estão inseridas para o desenvolvimento infantil e identificar os elementos de vulnerabilidade dos contextos que as crianças prematuras estão inseridas para o desenvolvimento infantil. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado as entrevistas e as visitas domiciliares programadas sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: Os procedimentos utilizados como as entrevistas e as visitas domiciliares, poderão trazer algum desconforto como por exemplo constrangimento. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo que será reduzido pela abordagem do pesquisador. Se você precisar de algum encaminhamento ou orientação, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da pesquisa, o pesquisador se responsabiliza pela assistência integral, imediata e gratuita, referenciando para rede de atenção municipal.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo pautam-se no conhecimento acerca das experiências e desafios vivenciados pelas famílias de crianças nascidas prematuras, que podem subsidiar estratégias de promoção ao desenvolvimento infantil e prevenção de agravos com vistas a contextos saudáveis.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por entrevistas serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas ficarão em segredo o seu nome não aparecerá em lugar nenhum desta pesquisa e nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Larissa Gramazio Soares

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante / Ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE D – ANÁLISE DAS ENREVISTAS

Entrevista 1 – unidade de terapia intensiva neonatal				
Categoria de análise	Subcategoria de análise	Subcategoria	Dados empíricos	
Pessoa	Necessidades de experiências que respeite as características individuais	Percepção familiar sobre a criança	<p><i>Nós não damos garantia pra vida do bebê porque ele é muito pequenininho, ele é muito prematuro(mãe – estudo de caso 1 – e1)</i></p> <p><i>Bebezinho prematuro é mais complicado (mãe – estudo de caso 2 – e1)</i></p> <p><i>Meu marido viu ela, ele falou era bonitinha, só que era pequenininha, (mãe – estudo de caso 3 – e1)</i></p> <p><i>Ela nasceu com as perninhas bem fininhas, com os bracinhos, parecia pequenininha, então pra mim é estranho eu imaginava um bebezão, bebê normal (mãe – estudo de caso 4 – e1)</i></p> <p><i>Minha mãe não queria ver ela aqui intubada e na incubadora, porque ela já tinha a imagem dela de como ela ia nascer, e ela está esperando pra ver ela do jeito que eles imagina (mãe – estudo de caso 5-e1)</i></p> <p><i>Isso foi um impacto gigante, todo mundo quer ter o filho, normal no sentido das semanas corretas, 38, 39, 40,41 semanas 42 semanas, e não foi o nosso caso(pai – estudo de caso 6 – e1)</i></p> <p><i>Ele está com um kilo e meio, agarrou o oxigênio agora, não quer largar o oxigênio, não conseguem fazer o desmame (mãe – estudo de caso 1 – e1)</i></p> <p><i>Ele foi evoluindo muito bem, ele ficou pouco tempo intubado, ai ficou dois dias ai foi pro cpap, depois pra campânula, depois pra máscara, agora ele tá ali hoje no médio risco. (mãe – estudo de caso 2 – e1)</i></p> <p><i>Eles falaram que ela tinha um sopro no coração...que tem um buraquinho que jorra sangue de um lado pro outro (mãe – estudo de caso 5-e1)</i></p>	
Processo	Necessidade de relacionamentos sustentadores e contínuos	Vivência de utin	<p><i>Fico meio triste, nervosa de ir pra casa e deixar ela (mãe – estudo de caso 3 – e1)</i></p> <p><i>Pego na mãozinha dela, daí fico um tempo, não quero mais sair de lá, fico um monte lá (mãe – estudo de caso 4 – e1)</i></p> <p><i>Nós voltamos pra casa e nossa, nada presta (pai – estudo de caso 5-e1)</i></p> <p><i>Só que a gente tinha que ser forte porque tinha mais dois em casa (pai – estudo de caso 5-e1)</i></p> <p><i>No começo foi difícil tudo, ter que deixar o outro lá na casa e ta vindo aqui (mãe – estudo de caso 6 – e1)</i></p> <p><i>Ele (irmão) falou porque ela parece um passarinho na gaiola. (mãe – estudo de caso 7 – e1)</i></p> <p><i>A gente não queria por a mão dentro da incubadora, levar uma baciéria, mesmo lavando passando álcool em gel, a gente não sente seguro de pegar(mãe – estudo de caso 5-e1)</i></p>	

		<p>Não adianta que eu só querer que ele receba alta e ele não esteja bem né, então o tempo que for preciso aqui que ele tiver que ficar vamos ficar (mãe – estudo de caso 2 – e1)</p> <p>Foi um pouco triste, mas a gente sabe que ela precisa, (mãe – estudo de caso 8 – e1)</p> <p>Meu menino queria que eu batesse foto, mas não dá, e ele fica ansiosa, imagino que vai ser uma alegria dele, quando ele ver. (mãe – estudo de caso 3 – e1)</p> <p>Ela (irmã) pede foto, só que ali não pode tirar foto, então a única imagem que ela viu foi a foto que eu tirei na hora do parto (pai – estudo de caso 5-e1)</p> <p>Hoje nem pudemos entrar porque faleceu um nenenzinho lá daí não pudemos entrar(mãe – estudo de caso 6 – e1)</p> <p>Não é todo mundo que pode fazer visitas aqui, então não vejo a hora de levar ele para casa e todo mundo ir conhecer; (mãe – estudo de caso 9 – e1)</p> <p>A gente vê o jeito que elas tratam o bebê, o jeito que elas pegam, o jeito que a gente chega os bebê tão arrumadinho, sempre com maior carinho elas arrumam(mãe – estudo de caso 1 – e1)</p> <p>A gente ficou muito emocionado, foi que no dia dos pais...a equipe pegou e fez uma cartinha como se fosse dela pros pais...como se a criança estivesse falando, carimbado com o pezinho dela (mãe – estudo de caso 5-e1)</p>
	Expectativa construída para paternidade/maternidade	<p>O sonho dele era de ser pai, o meu também, (mãe – estudo de caso 4 – e1)</p> <p>De certa maneira e você ver um doce dentro de um vidro no supermercado nossa que vontade de comer esse doce só que esse doce, no máximo você consegue encostar nunca comer ele. (pai – estudo de caso 7 – e1)</p> <p>Eu vi na hora que ela nasceu, ela até chorou na hora que nasceu mais daí já levaram ela direto (mãe – estudo de caso 6 – e1)</p> <p>Ela nasceu, mas não pude ver ela e muito prematura e pequena demais eles não deixaram. (mãe – estudo de caso 8 – e1)</p> <p>Eu só via com o canto do olho, daí logo ele disse que ia levar pra uti, só pensei no que era bom pra ela naquele momento. (mãe – estudo de caso 9 – e1)</p>

		<p>Importância da família</p>	<p><i>A primeira vez que peguei ele, foi, quase que eu desmaiei de pegar ele tão “petitinho” foi uns quinze minutos que fiquei com ele no colo(mãe – estudo de caso 1 – e1)</i></p> <p><i>A gente tocava nela e parece que ela sentia que nos estava ali (pai – estudo de caso 5-e1)</i></p> <p><i>Gente queria ver o rostinho o olhinho dela né, ver como que ela era... Ela estava com aquele óculos e não dava pra ver (mãe – estudo de caso 5-e1)</i></p> <p><i>Eu chegava e queria ver ela sem aquela faixa, queria ver ela com o olho aberta (pai – estudo de caso 5-e1)</i></p> <p><i>Não tem essa sensação ainda a sensação de segurar no colo senti o choro, a manhazinha, então não existe isso ainda (pai – estudo de caso 6 – e1)</i></p> <p><i>Só pensando o dia que eu ia poder sentir ela aqui no colo(mãe – estudo de caso 8 – e1)</i></p>
<p>Contexto</p>	<p>Necessidade de relacionamentos sustentadores e contínuos</p>	<p>Importância do apoio</p>	<p><i>É mais meu marido que vem e meu pai vem ver ela aqui na utin (mãe – estudo de caso 3 – e1)</i></p> <p><i>A gente dá uma caída, mas acaba recuperando, e nós dois estamos aqui e um apóia o outro (mãe – estudo de caso 5-e1)</i></p> <p><i>É que nem quando às vezes fico triste, meu outros filhos dizem “não mãe não se preocupe, ele é forte, é um guerreiro, ele vai vencer” eles falam.....quando eu chego aqui de manhã eles já mandam mensagem perguntando como ele está (mãe – estudo de caso 1 – e1)</i></p> <p><i>Minha mãe vai e fica com meu piazinho...ela faz almoço pra gente tudo (mãe – estudo de caso 5-e1)</i></p> <p><i>Todo mundo deu a maior força maior apoio, desde parente que você não tem contato, ligando mandando mensagem, to rezando por vocês (pai – estudo de caso 5-e1)</i></p> <p><i>Se não fosse hoje o apoio que a gente tá tendo da família, pai, mãe, sogro, sogra, ia tá muito mais difícil. (pai – estudo de caso 7 – e1)</i></p> <p><i>A minha mãe, a avó por parte do pai já veio uma vez, ela mora longinho aí não tem como ela estar vindo, mas ela conheceu também, não se agüentou. (mãe – estudo de caso 8 – e1)</i></p> <p><i>Todas quartas a vó vem e todas quintas os irmãos vem, o pai não, o pai não veio, mas eles vem toda vez(mãe – estudo de caso 1 – e1)</i></p> <p><i>É muito ruim, porque não tem apoio do pai, (mãe – estudo de caso 1 – e1)</i></p> <p><i>O pai dele não veio, e na verdade não quer saber dele. (mãe – estudo de caso 9 – e1)</i></p> <p><i>É difícil você ter que encarar tudo isso(mãe – estudo de caso 2 – e1)</i></p> <p><i>Mas a gente vai aguentando como pode(mãe – estudo de caso 4– e1)</i></p> <p><i>Que não tem nada pra ser feito agora, que tem que esperar e tal, mesmo escutando isso eu fiquei muito nervosa eu só chorava (mãe – estudo de caso 5-e1)</i></p> <p><i>Não tem como não chorar se abater e um serzinho teu, uma vida tua(mãe – estudo de caso 8 – e1)</i></p> <p><i>Eu queria ouvir que ele ia garantir né, mas ele não garantiu, nem o pediatra, ninguém(mãe – estudo de caso 1 – e1)</i></p>

		<p><i>A pediatra que tava ali, ela pegou e falou que eu não podia só ficar pensando coisa negativa, tem que transmitir coisas boas pra eles, porque eles sentem né” (mãe – estudo de caso 2 – e1)</i></p> <p><i>Teve um dia que a enfermeira falou “porque que você está nervosa? Não pode ficar nervosa(mãe – estudo de caso 2 – e1)</i></p> <p><i>Eu saia dali muito abalada, tipo, não pode chorar ali, mas não aguenta o tempo inteiro(mãe – estudo de caso 5-e1)</i></p> <p><i>Aí a mãe que tem mais experiência “não, não é assim eu passei por isso, ó aconteceu isso com meu filho, pensa bem, olha lá meu filho tá bem” tudo assim vai ajudando a gente, elas me ajudaram muito também, é verdade quem mais ajudou foi elas. (mãe – estudo de caso 1 – e1)</i></p> <p><i>Todas as outras mãe bem queridas, me sinto bem ali (mãe – estudo de caso 8 – e1)</i></p> <p><i>Pegamos amizade já conversamos o dia inteiro. (mãe – estudo de caso 9 – e1)</i></p>
Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural	Práticas de cuidado da utin ao domicílio	<p><i>Um dia eu dormi de tão cansada, cheguei ali já tinham dado leite pra ele, nossa, cheguei em casa, fiquei com a consciência pesada (mãe – estudo de caso 2 – e1)</i></p> <p><i>Agora ta começando a mamar, aí a gente quer que tire leite pra ela ganhar peso e daí não tinha leite, elas estão me ajudando (mãe – estudo de caso 3 – e1)</i></p> <p><i>Eu vejo quando eu choro dá uma diminuída no leite (mãe – estudo de caso 8 – e1)</i></p> <p><i>Eu tiro o mama para ele, no copinho, pra ele poder ganhar peso e recuperar (mãe – estudo de caso 9 – e1)</i></p> <p><i>Eu sei que até em casa vai ter que mudar, vai ter que ter um cuidado maior com ele, então esperar pra ver o que é que vai dar (mãe – estudo de caso 1 – e1)</i></p> <p><i>Eu acho que vou ficar um pouco insegura a gente fica assim, porque aqui ele está no hospital ele esta cuidado (mãe – estudo de caso 2 – e1)</i></p> <p><i>Que ter mais cuidado, cuidado redobrado mais sensível atenção em dobro(mãe – estudo de caso 7 – e1)</i></p> <p><i>Eu acho que vai ter um cuidado a mais (mãe – estudo de caso 8 – e1)</i></p> <p><i>Por mais que seja prematuro os cuidados têm que ser dobrado. (mãe – estudo de caso 9 – e1)</i></p>
	Importância e influência da religiosidade	<p><i>Eu botei tudo na mão de deus...foi deus, olha, eu falei “nossa senhora cubra nós com teu manto e não deixa que nada aconteça” e me agarrei com deus (mãe – estudo de caso 1 – e1)</i></p> <p><i>Enquanto eu estava ali eu estava fazendo oração pra ela, (mãe – estudo de caso 5-e1)</i></p> <p><i>Ela é um milagre desde o início (pai – estudo de caso 5-e1)</i></p> <p><i>Tem muita gente fazendo corrente de oração e positividade(pai – estudo de caso 7 – e1)</i></p> <p><i>A gente mesmo não tem muito o que fazer aqui, só resta rezar muito (mãe – estudo de caso 9 – e1)</i></p> <p><i>Não tinha vaga aqui, aí me falaram que iam me levar pra Curitiba(mãe – estudo de caso 1 – e1)</i></p> <p><i>Na utin e ele disse que se não tivesse vaga aqui eu teria que ir pra irati (mãe – estudo de caso 5-e1)</i></p>
	Rede de assistência a saúde	

			<p><i>A enfermeira viu que deu [exame de urina alterado] e não tomou providências, se ela tivesse tomado providência talvez não teria acontecido. (mãe – estudo de caso 8 – e1)</i></p>
			<p><i>Eles liberam ele mais cedo um dia por semana pra ele vir ver ela (mãe – estudo de caso 3 – e1)</i></p> <p><i>Meu marido trabalha como eu expliquei, vem só no final de semana que dá (mãe – estudo de caso 4 – e1)</i></p> <p><i>Ele tava vindo todos horários, daí ele podia entrar, daí essa semana ele começou a trabalhar de novo, daí agora ele não vai poder vir nenhum horário(mãe – estudo de caso 6 – e1)</i></p>
			<p><i>Eu sempre gostei de dormir até tarde, nossa pra levantar cedo como eu reclamava agora não, agora parece que não vejo a hora de chegar seis horas pra eu levantar, tomar banho rapidinho pra eu vim(mãe – estudo de caso 4 – e1)</i></p> <p><i>Cheguei aqui no hospital, só entrei na sala o médico mandou eu tirar a roupa, falei não consigo tirar a roupa, então deite assim mesmo, a hora que ele olhou assim, abaixo a calça olhou assim, já me levou para ganhar e já nasceu. (mãe – estudo de caso 6 – e1)</i></p> <p><i>Para uma mãe isso não é fácil a gente não espera (mãe – estudo de caso 9– e1)</i></p> <p><i>Foi um choque de eu ver ela, tudo, eu nunca vi criança assim(mãe – estudo de caso 3– e1)</i></p> <p><i>No começo eu ficava muito nervosa, eu chorava muito, mas depois fui criando força. (mãe – estudo de caso 3– e1)</i></p> <p><i>Quando eu fiquei segurando ela, daí eu vi que não era tanto aquela coisa, porque no começo eu imaginava uma coisa e é outra (mãe – estudo de caso 4 – e1)</i></p> <p><i>Não foi uma surpresa para mim, porque eu queria engravidar (mãe – estudo de caso 9 – e1)</i></p> <p><i>Foi um choque né porque quarenta e três anos e descobrir que tava grávida (mãe – estudo de caso 1 – e1)</i></p> <p><i>Pra nós foi a maior alegria né, porque eu fazia tempo que tava planejando só que fazia um ano que tava tentando engravidar só que não conseguia (mãe – estudo de caso 2 – e1)</i></p> <p><i>Ele vai nascer prematuro e não vai ter o que fazer mais, (mãe – estudo de caso 9– e1)</i></p> <p><i>Pré natal foi tudo tranquilo até chegar no sexto mês que começou a subir a pressão, ele nasceu antes por causa que eu tive pré-eclâmpsia (mãe – estudo de caso 2 – e1)</i></p> <p><i>Fiquei uma semana internada tomando injeção para amadurecer o pulmão, (mãe – estudo de caso 7 – e1)</i></p> <p><i>Eu fui descobrindo aos poucos, os problemas que foram vindo eu fui descobrindo(mãe – estudo de caso 1 – e1)</i></p> <p><i>Quando ela me deu essa notícia, eu fui olhar no celular, porque eu sou curiosa, sabe? Qualquer coisinha que falam, desde quando eu descobri que tava grávida dela, eu pesquisei no google (mãe – estudo de caso 4 – e1)</i></p> <p><i>Sobre prematuro eu sei um pouco, pesquisei na internet, anemia porquê da nela, porque ela faz</i></p>

			bastante exame, essas coisa assim(mãe – estudo de caso 6 – e1)
		Refazendo os planos: se reinventando para cuidar	<p>Eu moro com minha mãe e meu pai ainda, eu tenho a casa, mas eu não mudei ainda. Estou esperando ele receber alta (mãe – estudo de caso 2 – e1)</p> <p>A expectativa da alta está grande, a gente é bem organizado com as coisas, lá temos horário pra tudo, acho que vai ser tranquilo, (mãe – estudo de caso 5-e1)</p> <p>Estou tentando planejar, estou indo aos poucos, na verdade não tenho nem idéia como vai ser (mãe – estudo de caso 6 – e1)</p> <p>Em casa é diferente, mais tempo pra cuidar e ela já vai estar boa. (mãe – estudo de caso 8 – e1)</p>
Entrevista 2 – visita domiciliar 1			
Categoria de análise	Subcategoria de análise	Subcategoria	Dados empíricos
Pessoa	Necessidades de experiências que respeite as características individuais	Percepção familiar sobre a criança	<p>As cólicas é porque falta os bichinhos lá no intestino dele. (mãe- ec1 – vd1)</p> <p>O cardiologista falou que e bem pouquinho mas ela tem o sopro dela, não precisa se preocupa, não precisa fazer cirurgia nada, vai fechando com o tempo. (mãe- ec3 – vd1)</p> <p>Depois que o médico explicou bem certinho [sopro cardíaco] falou que ela tinha aqueles dois furinho mas não era nada grave já estava fechando explicou bem certinho (pai- ec5 – vd1)</p> <p>Eu vejo que ela ta bem engordando cada dia mais, crescendo, bem boazinha. (mãe- ec3 – vd1)</p> <p>Ela [pediatra] falou que geralmente uma criança engorda de 20 a 30 g por dia, ela estava engordando a base de 38-40 g por dia (mãe- ec5 – vd1)</p> <p>Você tem que cuidar mais, eu não sai de casa com ela e não pode pegar nenhuma gripe a imunidade e mais baixa ela fica mais em casa, sai só para as consultas. (mãe- ec5 – vd1)</p> <p>O prematuro tem imunidade baixa, daí pra não pegar nada, tem que ter um cuidado a mais.... (mãe- ec8 – vd1)</p> <p>A pediatra falou que ele era prematuro, não era pra ficar saindo com ele, porque ele podia pegar uma gripe e por ser mais frágil ter que voltar pro hospital, (mãe- ec9 – vd1)</p> <p>A boca dele fica aberta é de fome, e quando tem cólica ele se torce tudo tem uma força, então já sei (mãe- ec1 – vd1)</p> <p>Então quando ele chora assim de cólica e diferente que ele assim ele se encolhe a gente vê que e diferente que ele ta com expressão de dor, (mãe- ec2 – vd1)</p> <p>Quando ela quer mama, ela fica mordendo as mãozinha, ai ela fica braba (mãe- ec4 – vd1)</p> <p>Cólica ela tem mais a noite, daí eu vejo que ela se espreme... E quando tem fome é bem baixinho o choro (mãe- ec8 – vd1)</p>

	Necessidade de limites, organizações e expectativas	Implicações por ser prematuro	<p>Fiquei com um pouquinho de medo porque ele e muito pequenininho dá mais medo, mas tem que superar. (mãe- ec1 – vd1)</p> <p>As coisas com ele é diferente dos outros, mas agora ele ta norma l(mãe- ec5 – vd1)</p> <p>Todo mundo fala nossa que pequeninha, que linda, tem quanto tempo, ai eu falo não tem tempo, ela e velhinha já tem meses, ai explico que ela e prematura (mãe- ec4 – vd1)</p> <p>Tem mais coisas diferentes que tem que ter com ele, que nem tipo assim coisas que vou ter que aprender, (mãe- ec1 – vd1)</p> <p>Ela é mais calma do que meu outro filho quando era pequeno, com ela é um cuidado a mais que a gente tem que ter(mãe- ec6 – vd1)</p> <p>Ele é muito chorão, tem criança que não chora muito, mas falaram que prematuro é assim (mãe- ec1 – vd1)</p>
Processo	Necessidade de relacionamentos sustentadores e contínuos	Expectativa construída para paternidade/maternidade	<p>Lá no hospital parece que nem e da gente parece que e deles que tem que ficar pedindo perguntando informação para eles, mas dai agora aqui agora que está caindo as fichas aos poucos. (mãe- ec6 – vd1)</p> <p>Uma felicidade só, ficamos longe tanto tempo, não podia pegar direito, em casa vendo ela crescer bem é maravilhoso. (pai- ec7 – vd1)</p> <p>Eu não, tenho vergonha nenhuma tenho até orgulho até fico brava que ta tempo de frio, ai não tem como andar com ela assim, eu até descobri ela um pouquinho pra todo mundo ver ela. (mãe- ec4 – vd1)</p> <p>Peso tamanho, está tudo normal, o pediatra falou está evoluindo bem 'graças a deus'. De todos bebês que estavam com ela, é a mais saudável. (mãe- ec7 – vd1)</p> <p>Ela é tão pequenininha mas desde já me dá um orgulho danado(mãe- ec4 – vd1)</p>
		Importância da família	<p>Minha irmã, e meus filho e a mãe, sei que posso contar com eles (mãe- ec1 – vd1)</p> <p>Eu trouxe ela do hospital, dai minha mãe me ajudava, meu marido também (mãe- ec3 – vd1)</p> <p>Minha irmã sempre vem aqui cada passinho ela está aqui... Mãe dele [pai] as vezes vem aqui ajuda limpar a casa (mãe- ec6 – vd1)</p> <p>Eu espero ele [pai], chegar do serviço ai ele cuida dela pra mim tomar banho, da mama pra ela na mamadeira(mãe- ec4 – vd1)</p> <p>Ele tem pai mas nem sei onde está nos brigamos quando tava grávida dele nem sei onde está. (mãe- ec1 – vd1)</p> <p>Não quis vim ver [o pai], nem ele nem ninguém do lado dele (mãe- ec9 – vd1)</p> <p>Ele assim não me ajuda assim, ele quase não fica aqui ele fica mais pra lá ele só vem a noite pra casa. (mãe- ec2 – vd1)</p>

		<p><i>A gente fez um grupo das mães no whatss que ficamos lá no hospital...foi bom a gente troca experiência (mãe- ec2 – vd1)</i></p> <p><i>Eu pergunto, o que será que é? O que eu dou? Por que o que acontece? O que eu faço? Ou pergunto pra minha mãe, (mãe- ec4 – vd1)</i></p> <p><i>Daqui um tempo quando ele crescerem agente vai marcar um encontro(mãe- ec2 – vd1)</i></p> <p><i>Esses dias mesmo eu tava lá no médico e ele me disse que ele já sabe minha voz (mãe- ec1 – vd1)</i></p> <p><i>Não ta querendo ficar no ninho dela, quer ficar agarradinha com a gente, (mãe- ec4 – vd1)</i></p> <p><i>Quando meu marido ta na casa, ela quer ficar só no colo, (mãe- ec3 – vd1)</i></p> <p><i>Ela [irmã] quer pegar ela, até pega no colo e tudo ajuda a atender ela. (mãe- ec5 – vd1)</i></p> <p><i>Quería pegar, queria beijar, nem pra aula ele não foi, quando soube que eu ia ter alta. Não foi nem pra aula para esperar ela, fico faceiro queria pegar ela, ajudar a cuidar dela, e tudo faceiro. (mãe- ec3 – vd1)</i></p>
	Adaptação domiciliar	<p><i>Foi muito bom, apesar de ser a noite ele chorou bastante acho que não se adaptou, com a casa com o lar aí no segundo dia já foi melhor (mãe- ec2 – vd1)</i></p> <p><i>Chorou nos primeiro dia porque ela estranhou de certo a casa, daí lá já se acostumou. (mãe- ec3 – vd1)</i></p> <p><i>Levou uns três dias pra ela se acostumar (mãe- ec4 – vd1)</i></p> <p><i>De noite pra dormir ela se batia mais, porque lá dai de certo ela estranhou (mãe- ec5 – vd1)</i></p> <p><i>É um processo natural ela meio que se acostumou, acho que é por causa da utin, das 3 as 6 ela fica acordada (pai- ec7 – vd1)</i></p> <p><i>Nos primeiros dias ele chorou bastante no quarto ele não tava acostumado(mãe- ec2 – vd1)</i></p>

Contexto	Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural	Práticas de cuidado da utin ao domicílio	<p><i>A única dificuldade mesmo que digo e porque ele e pequenininho tem que ter mais cuidado, (mãe- ec1 – vd1)</i></p> <p><i>O cuidado tem que ter mais. (vô - ec1 – vd1)</i></p> <p><i>Criança que nasceu de tempo normal já tem cuidado, e com ela é cuidado redobrado e mais difícil. (mãe- ec7 – vd1)</i></p> <p><i>Com ela é tudo mais delicado, ela passou por tudo aquilo na uti, então aqui a gente redobra o cuidado. (pai- ec7 – vd1)</i></p> <p><i>No começo tinha mais dificuldade para dar banho, dela ser muito pequenininha, (mãe- ec3 – vd1)</i></p> <p><i>Dar banho porque ela e muito pequena. Daí eu tinha medo(mãe- ec4 – vd1)</i></p> <p><i>Minha mãe, ela que ta dando os banhos até eu criar coragem, ela gosta também, tem mais prática. (mãe- ec9 – vd1)</i></p> <p><i>Nossa foi uma alegria [alta] mesma coisa do dia que ela nasceu, pra mim(mãe- ec4 – vd1)</i></p> <p><i>Pra mim parece assim que foi nem aconteceu aquilo, até quando ela chegou em casa e tão estranho parece que tinha acabado de ganhar (mãe- ec6 – vd1)</i></p>
		Importância e influência da religiosidade	<p><i>Só temos que agradecer a deus ela e um verdadeiro milagre (mãe - ec5 – vd1)</i></p> <p><i>A gente fez um pensamento assim de tudo de bom que acontecesse quando ela fizesse um ano nos vamos levar ela em aparecida para agradecer (pai - ec5 – vd1)</i></p> <p><i>Graças a deus não teve nenhum problema. (mãe - ec7 – vd1)</i></p> <p><i>Tinha o risco de ficar com alguma sequela e ela não tem nada “graças a deus” (pai - ec7 – vd1)</i></p> <p><i>Passar o natal com ela nos braços foi uma benção, não tem como dizer de tão bom que foi. (mãe - ec8 – vd1)</i></p> <p><i>É uma benção muito grande ter passado por tudo e agora ele estar aqui. (mãe - ec9 – vd1)</i></p> <p><i>Mudou tudo agora, mais está indo e difícil porque tem que correr atrás ne, dos médicos. (mãe- ec1 – vd1)</i></p>
		Rede de assistência a saúde	<p><i>Ele tem bastante consulta e exames no cispap (mãe- ec9 – vd1)</i></p> <p><i>Tem sido corrido bem corrido, ela tem consulta direto, essa semana passada foi a semana inteira nos correndo com ela, consulta com cardiologista, exame, pediatra. Tudo mas ta bem. (mãe- ec3 – vd1)</i></p> <p><i>Essa questão de ser prematura, toda semana tem um consulta pra ir, eu levo pesar toda semana (mãe- ec7 – vd1)</i></p> <p><i>Levo no cispap e no pediatra. Ai tem acompanhamento tem psicólogo, assistente social, tem todos acompanhamento (mãe- ec2 – vd1)</i></p>

				<i>A gente passou por todos pelo psicólogo, nutricionista, assistente social, e pela pediatra. (mãe- ec5 – vd1)</i>
Tempo	Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento	Refazendo os planos: se reinventando para cuidar	<i>Então não sabia tem coisas assim que ainda to descobrindo ainda , que por ele ser prematuro to descobrindo e aprendendo. (mãe- ec1 – vd1)</i> <i>Não é uma dificuldade, tive que aprender o que era prematuro, (mãe- ec8 – vd1)</i> <i>Eu mando mensagem para pediatra, ou para alguma das enfermeiras que atendia ela lá no hospital, (mãe- ec5 – vd1)</i> <i>Pesquisei tudo na internet... Eu pesquisei quando ela nasceu, porque ela tinha nascido antes prematura, eles não sabiam me explicar ainda (mãe- ec6 – vd1)</i> <i>Até tenho o número e uma enfermeira lá do hospital , tenho o número dela, as vezes ligo pra ela, pergunto, mando mensagem tudo pra ela, ela explica ela fala o que dá o que não dá.. (mãe- ec4 – vd1)</i>	
		Evolução capacidade de cuidar da família conforme progresso do prematuro	<i>Vê o jeito que ele tava lá e ver ele em casa. Foi muito bom. (mãe- ec1 – vd1)</i> <i>Agora eu olho pra ele , tanto e que meu marido falou nossa olha gente vê como ele tava lá na uti tão pequenininho olha pra ele agora ta gordinho então e uma coisa (mãe- ec2 – vd1)</i> <i>Ela melhorou muito desde a alta, fica acordada está mais esperta, (mãe- ec6 – vd1)</i> <i>Foi uma vitória, ver ela tão pequenininha e foi uma guerreira passou por todos aqueles dias de luta e dor na uti e na incubadora e hoje está uma verdadeira boneca forte e cada dia mais linda(mãe- ec8 – vd1)</i>	
Entrevista 3 – visita domiciliar 2				
Categoria de análise	Subcategoria de análise	Subcategoria	Dados empíricos	
Pessoa	Necessidades de experiências que respeite as características individuais	Percepção familiar sobre a criança	<i>Ele é bem quietinho... (mãe – ec2 – vd2)</i> <i>Ela é sossegada, não dá trabalho(mãe – ec6 – vd2)</i> <i>Ela é bem querida, vai com qualquer um no colo, dá risada... (mãe – ec7 – vd2)</i> <i>Ele não é uma criança que dá trabalho, bem bonzinho... (mãe – ec9 – vd2)</i> <i>É bem calminho, não dá serviço... (mãe – ec9 – vd2)</i> <i>Foi feito [exame] na cabeça, do coração, do olho deu tudo 100%... Ele não tem nenhuma deficiência nem nada ele e perfeito (mãe – ec1 – vd2)</i> <i>Saudável, crescendo e ganhando peso. (mãe – ec3 – vd2)</i>	

		<p><i>Ela está ótima, ganhando peso, só crescendo bem, (mãe – ec7 – vd2)</i></p> <p><i>Eu fui na segunda feira levar os exames dela do coração e foi tranqüilo... Está fechando aquele sopro, tem só um pouquinho. (mãe – ec3 – vd2)</i></p> <p><i>O cardiologista falou que e para voltar em janeiro para ver o coraçãozinho dela. (mãe – ec5 – vd2)</i></p> <p><i>A medica me assustou que pode enrolar uma tripinha [hérnia inguinal] dele aí fica difícil...agora a gente não deixa chorar porque tem a hérnia (mãe – ec1 – vd2)</i></p> <p><i>Ele tem cólica mas bem menos, lembra que ele não dormia a noite, agora não e normal. (mãe – ec1 – vd2)</i></p> <p><i>As cólicas que ele tinha já se passou(mãe – ec2 – vd2)</i></p> <p><i>Mas agora as cólicas já passaram(mãe – ec5 – vd2)</i></p> <p><i>As vezes eu penso que e manha quero tirar mas como vou tirar a manha dele e pequenininho e prematuro (mãe – ec1 – vd2)</i></p> <p><i>Ela gosta bastante de ficar no colo, (mãe – ec8 – vd2)</i></p> <p><i>Dormir, a isso ele gosta de dormir bastante no colo da gente(mãe – ec9 – vd2)</i></p> <p><i>Eu estava preocupada... Mas a medica falou nunca conte 7 meses pelo tamanho dele as atitudes dele, pelo que uma criança de 5 meses ele está bem avançado. (mãe – ec1 – vd2)</i></p> <p><i>A medica me ensinou colocar na cama pegar os bracinhos tenta erguer ele colocar ele de bruços mas ele odeia(mãe – ec1 – vd2)</i></p> <p><i>Com quatro meses ele não pegava as coisas três meses e pouco, quatro ele não sabia segurar agora ele já sabe(mãe – ec1 – vd2)</i></p> <p><i>Ele fica mais tempo acordado, querendo a atenção da gente, dá risada bastante, tenta falar...já vi que ele está bem mais firminho.... (mãe – ec2 – vd2)</i></p> <p><i>Ela conversa mais, mês passado ela não conversava muito (mãe – ec3 – vd2)</i></p> <p><i>Eu fico brincando, conversando, acho que isso ajuda ela a desenvolver. (mãe – ec4 – vd2)</i></p> <p><i>Percebi a quantia que ela interage com a gente da conversa a gente fala com ela segue aonde a gente vai com o olho(mãe – ec5 – vd2)</i></p> <p><i>Nós conversamos o dia inteiro, eu brinco, canto, falo alto e ela gosta, acompanha a gente assim onde vai, fica procurando... (mãe – ec7 – vd2)</i></p> <p><i>Eu também ponho o dedo na frente do olhinho dele e faço ele acompanhar, fico chamando ele pra ele me procurar, brinco bastante com ele, (mãe – ec9 – vd2)</i></p>
	Implicações por ser prematuro	<p><i>Pra mim os prematuros são assim, não tem nada, eles são mais forte que eles imaginam, e criança prematura e a mesma coisa de uma criança que nasce no tempo certo não tem diferença (mãe – ec4 – vd2)</i></p> <p><i>Eles tem que se virar desde cedo pra viver e alcançar o que nasceu no tempo normal...então pra</i></p>
	Necessidade de limites, organizações e expectativas	

			<p><i>mim, eles são mais inteligentes por causa disso, porque eles conseguem (mãe – ec4 – vd2)</i> <i>Tudo para ele e diferente dos meus filhos nada e igual... Eu tenho mais cuidado com esse os</i> <i>outros, esse aqui damos mas atenção para ele (mãe – ec1 – vd2)</i> <i>Eu fico mais com ela no colo, porque da casa nós já fizemos tudo, eu aproveito, ela ficou tanto</i> <i>tempo naquela incubadora. (mãe – ec8 – vd2)</i></p>
Processo	Necessidade de relacionamentos sustentadores e contínuos	Expectativa construída para paternidade/maternidade e	<p><i>Ele é uma benção, eu sempre quis ser mãe, e ele veio me ensinar isso. Não tem do que falar, é uma benção... (mãe – ec2 – vd2)</i></p> <p><i>Eu falo que fico boba, eu não acredito que estou com minha filha nos braços (mãe – ec4 – vd2)</i> <i>Aqui em casa só eu que dou banho, troco fralda, dou de mamar, meu marido sai cedo e volta de tarde, então de dia é só eu e o meu filho em casa. (mãe – ec2 – vd2)</i></p> <p><i>Ele [pai] brinca bastante com ela, faz ela dormir... Ele da mamadeira, tira a roupinha pro banho e só (mãe – ec4 – vd2)</i></p> <p><i>Quando eu saio que nem domingo que eu tinha que sair, ela fico com ele [pai] daí ele dá mamadeira para ela já acostumou (mãe – ec5 – vd2)</i> <i>O meu marido ajuda bastante (mãe – ec7 – vd2)</i></p>
		Importância da família	<p><i>Só eu e meu marido, depois que tudo que passamos, ficamos mais forte (mãe – ec3 – vd2)</i> <i>Só eu e ele, porque aqui somos só nos dois...o pai dela foi importante assim, o coitado não podia ir todo dia, porque trabalhava, mas ele me ajudou a ficar firme e não desanimar. (mãe – ec4 – vd2)</i></p> <p><i>Ele não pode me perder, não pode me perder de jeito nenhum(mãe – ec1 – vd2)</i> <i>Ele brinca mais e dá risada assim é comigo mesmo... Ele é mais ligado comigo (mãe – ec2 – vd2)</i></p> <p><i>Ela e bem apegada comigo... Eu vou pego ela na hora ela para de chorar (mãe – ec4 – vd2)</i> <i>Interage mais é mais comigo... Ela fica presta atenção se ela escuta minha voz tenta me achar e mais grudinho (mãe – ec5 – vd2)</i></p> <p><i>Meu marido não consegue ficar com ela quieta no colo dele, não consegue e só comigo. (mãe – ec6 – vd2)</i></p> <p><i>Comigo mesmo que eu vejo que eu to falando e ela ta no colo de alguém, ela já fica me procurando... (mãe – ec8 – vd2)</i></p> <p><i>Eu acho que ele tendo a família junto ele vai desenvolver bem, nos tudo em cima toda hora nos nunca deixamos ele sozinho, (mãe – ec1 – vd2)</i></p>

		<p><i>Quem participou que ficou mais com ele foi minha irmã e minha mãe. (mãe – ec1 – vd2)</i> <i>Meu familiares meu irmão pai, irmã e pai dele. (mãe – ec3 – vd2)</i> <i>Minha irmã que todo dia ela vem aqui um pouquinho ou eu vou lá se ela não vem num dia já vem no outro ver a menina... A tia do meu marido que mora aqui do meu lado também (mãe – ec6 – vd2)</i></p> <p><i>Com a família mesmo, a nossa família e grande e todos moram aqui por perto, quem vem mais mesmo são as avós, são um xodó com ela... (mãe – ec7 – vd2)</i> <i>Minha mãe me ajudou [banho], e eu fui pegando o jeito...então é mais eu, a mãe e minha irmã.... (mãe – ec9 – vd2)</i></p>
	<p>Interação com brinquedos, objetos, brincadeiras</p>	<p><i>Chocalho dele, ele tem uma girafa que ele morde. (mãe – ec1 – vd2)</i> <i>Ela gosta quando coloco ela na cama ou no bebe conforto ela gosta de ficar vendo o polvo dela eu coloco pertinho dela e ela fica olhando. (mãe – ec3 – vd2)</i> <i>Ela tenta pegar o paninho dela, ai tem um negócio que coloco no carrinho dela puxa e tem musiquinha ela fica prestando atenção. (mãe – ec5 – vd2)</i> <i>Brinquedo ainda não, ela gosta mais de conversar que nem a irmã faz brincadeira ela dá risada mais brinquedo não dei é mais o coelhinho. (mãe – ec5 – vd2)</i> <i>O cobertorzinho dela, ela não dorme sem o cobertor... Pode tentar fazer dormir, sem o cobertor ela chora, chora, chora... Coloca o cobertor ela desmaia.... (mãe – ec7 – vd2)</i></p>

Contexto	Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural	<p>Práticas de cuidado da utin ao domicílio</p>	<p><i>Eu dou banho nele mais tarde... Eu tentei deixar igual elas faziam na utin, lá por 21 horas, daí mantive assim em casa, (mãe – ec2 – vd2)</i></p> <p><i>No começo eu tinha medo [dar banho], mas tinha que dar, então fui perdendo o medo e agora que esta grandinha é tranquilo. (mãe – ec3 – vd2)</i></p> <p><i>Agora eu já consigo dar banho, era a única coisa que eu tinha medo ainda(mãe – ec9 – vd2)</i></p> <p><i>Eu tinha medo [banho], mas medo a gente supera e agora que ela está maiorzinha não tenho dificuldade nenhuma. (mãe – ec4 – vd2)</i></p> <p><i>Até uns 2 meses ninguém vinha ver ela, mas agora já saio com ela, não saio em lugares com muita gente ainda não vou que tenho medo, ou bastante criança que tem gripe (mãe – ec5 – vd2)</i></p> <p><i>No começo era tudo um cuidado dobrado, a gente não deixava ninguém pegar nela, era só com álcool gel, e nós não saia nem nada(mãe – ec7 – vd2)</i></p> <p><i>Levo ela na igreja (mãe – ec3 – vd2)</i></p> <p><i>Ele odeia a sala e só eu entrar ele começa a chorar de tanto que eu fiquei ali dentro, (mãe – ec1 – vd2)</i></p> <p><i>Eu levava ele na igreja e na minha irmã só, eu nunca saia com ele, agora to saindo (mãe – ec1 – vd2)</i></p> <p><i>Sábado levei na praça, nem piscava, veio dormir só em casa porque queria olhar tudo. (mãe – ec6 – vd2)</i></p> <p><i>Com ele em casa é mais fácil, porque a gente está de olho, vê ele, consegue fazer as coisas aqui e ele do lado é um alívio. (mãe – ec1 – vd2)</i></p> <p><i>É muito bom poder fazer as coisas por ele aqui em casa, ele ficou mais de um mês internado e eu só mexia nele, falava, conversava pela incubadora, mas em casa eu posso tudo(mãe – ec8 – vd2)</i></p> <p><i>Pra mim ele é um anjo, ele é um guerreiro, me ensinou a ser forte e acreditar em deus (mãe – ec2 – vd2)</i></p> <p><i>Ela está bem graças a deus. (mãe – ec3 – vd2)</i></p> <p><i>Não aconteceu nada de ruim, graças a deus(mãe – ec8 – vd2)</i></p> <p><i>Esperar essa cirurgia tomara que saia logo de uma vez, que a única coisa que está incomodando ele (mãe – ec1 – vd2)</i></p> <p><i>Eu levo aqui no postinho do colibri, peso ele com a enfermeira, e dou as vacinas tudo ali... (mãe – ec2 – vd2)</i></p> <p><i>No posto levo ela mais para pesar, uma vez cada semana. (mãe – ec4 – vd2)</i></p> <p><i>No cispag já tem fisioterapeuta, pediatra, cardiologista um monte que acompanha por ela ser</i></p>
	<p>Importância e influência da religiosidade</p>		
	<p>Rede de assistência a saúde</p>		

			<p><i>prematura e cardiopata(mãe – ec4 – vd2)</i></p> <p><i>E ela foi no oftalmologista também, ele disse que deu tudo ok, olhinho, ouvidinho, escuta bem enxerga bem perfeitinha “graças a deus” (mãe – ec4 – vd2)</i></p> <p><i>Vou no posto pra pesar quando dá e o ciscap que ela tem as consultas... Está sendo corrido, acostuma, mas e corrido (mãe – ec6 – vd2)</i></p> <p><i>Aqui no postinho pra pesar e levar ela pra vacinar... E lá no ciscap, que nós passmos por psicólogo, enfermeiro, nutricionista, pediatra.... Agora ela vai ter consulta com o oftalmologista(mãe – ec8 – vd2)</i></p> <p><i>É bom, sempre é fácil, já chego e está marcado, no ciscap é demorado porque tem que passar pelo enfermeiro, nutricionista, psicólogo, daí é a tarde inteira lá, mas eles falam bastante coisa, aprendo bastante. (mãe – ec9 – vd2)</i></p>
		<p>Apoio e preocupação em relação ao trabalho</p>	<p><i>Não quero colocar ele na creche, mas minha mãe não é muito perto daqui. (mãe – ec2 – vd2)</i></p> <p><i>Vou ter que arrumar um trabalho para mim por enquanto ele não tem como ir na creche, ele e muito pequeno, vai ficar com a mãe(mãe – ec1 – vd2)</i></p> <p><i>Trabalhar para dar as coisas para ele, precisa de fralda o leite e caro, precisa de roupa essas coisas. (mãe – ec1 – vd2)</i></p> <p><i>Acho que eu só estou preocupada que mês que vem eu volto a trabalhar... Tô tentando mudar pra noite, daí meu marido consegue ficar com ele e durante o dia eu fico (mãe – ec2 – vd2)</i></p> <p><i>Voltei já, trabalho normal, mas é em casa (mãe – ec5 – vd2)</i></p>

Tempo	Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento	Evolução capacidade de cuidar da família conforme progresso do prematuro	<p><i>Antes ele era pequenininho agora não...agora ele está mais grandinho, (mãe – ec1 – vd2)</i> <i>Acho que não, pra mim é uma criança normal agora (mãe – ec2 – vd2)</i> <i>Estou bem feliz agora que tudo passou e eu posso ver ele bem, com saúde, perfeito(mãe – ec2 – vd2)</i></p> <p><i>Esse último mês foi tranquilo (mãe – ec3 – vd2)</i></p> <p><i>Ela está muito esperta, agora que passou tudo eu vejo o quanto ela é forte (mãe – ec7 – vd2)</i> <i>Ela era muito magrinha nossa muito diferente ela está bem mais gordinha agora mais pesadinha. (pai – ec5 – vd2)</i></p> <p><i>Ela é guerreira, passou por tanta coisa, e agora tá aqui linda e forte(mãe – ec8 – vd2)</i> <i>No começo que dá medo, acho que passa um filme na minha cabeça, ter visto ele lá na utin quase morto, (mãe – ec9 – vd2)</i></p> <p><i>Lidar com prematuro aquele medo de não fazer direito, hoje já sinto mais confiança desde o banho dela já sinto mais confiança (mãe – ec5 – vd2)</i></p> <p><i>Tudo ficou mas melhor até para dar banho está tudo diferente(mãe – ec1 – vd2)</i> <i>Agora eu já vi que ela não é tão frágil assim, e to mais tranquila, (mãe – ec7 – vd2)</i> <i>Eu acho está bem melhor de cuidar está mais esportinha. (mãe – ec6 – vd2)</i></p> <p><i>Dificuldade, foi só nos primeiros dias, que eu tinha medo de trocar, dar de mamar, trocar rápido para ele não se gelar, agora já está normal(mãe – ec9 – vd2)</i></p> <p><i>Eu achava que não ia conseguir cuidar dela tão pequena, mas eu consegui (mãe – ec4 – vd2)</i> <i>Não poder trazer ele pra casa, ver que podia ter acontecido alguma coisa pior com ele, essas coisas...em casa não tem disso(mãe – ec2 – vd2)</i></p> <p><i>Esse tempo que ele ficou lá eu passei vontade de pegar no colo e a vontade que dá é de sair correndo e levar logo embora, mas ele precisava. (mãe – ec9 – vd2)</i></p>
Entrevista 4 – visita domiciliar 3			
Categoria de análise	Subcategoria de análise	Subcategoria	Dados empíricos
	Necessidades de experiências que respeite as características	Percepção familiar sobre a criança	<p><i>Ele e bem atencioso ele vê as coisas, ele dá risada, ele quer gritar, a minha mãe tossia ontem ele queria tossir(mãe – ec1 – vd3)</i></p> <p><i>Ele tem medo de pegar no pé dele, agora que ele está mais um pouco tranquilo, encostava o dedo no pé dele já chorava, de certo ele pensava que era as agulhas ele tinha até meio trauma.</i></p>

Pessoa	individuais	<p><i>(avó – ec1 – vd3)</i></p> <p>Ele sempre mostrou muita força, tão pequenininho, e hoje está tão bem (mãe – ec2 – vd3)</p> <p>Ela não incomoda até quando está acordadinha não incomoda, não se acorda chorando, se acorda bem calminha. (mãe – ec3 – vd3)</p> <p>Se ele vê que não vão pegar ele, ele chora, aí tu pega ele pronto dá risada faceiro, é manha (mãe – ec1 – vd3)</p> <p>As vezes ficamos braba que deixamos ele muito manhoso, mas isso faz tudo parte ele era muito pequenininho, (tia – ec1 – vd3)</p> <p>Eu fico com ela no colo o dia inteiro, ela não deixa eu fazer nada, eu tenho dó não tenho coragem de deixar ela chorando, então eu fico com ela no colo e vou fazendo as coisas que dá, (mãe – ec4 – vd3)</p> <p>Até agora pelo o que foi feito os exames está tudo normal (mãe – ec1 – vd3)</p> <p>Ele está bem, com saúde, crescendo bem... Não ficou doente nem nada... Está bem. (mãe – ec2 – vd3)</p> <p>Ele está bem, não toma remédio de nada, está só crescendo e ficando forte. (mãe – ec9 – vd3)</p> <p>Está desenvolvendo bem a saúde dele, de um tempo pra cá uns 20 dias que ele começou chorar menos, dormir mais (mãe – ec1 – vd3)</p> <p>Fica mais tempo querendo brincar, faz força pra querer levantar do berço (mãe – ec2 – vd3)</p> <p>Bem que ela está ganhando peso mamando bem, desenvolveu bem...ela tenta pegar as coisas, ela conversa com a gente conversa com ela, já quer conversar bastante coisa diferente, quer bater palminha. (mãe – ec3 – vd3)</p> <p>Evolui muito no peso e inteligência, não tem nada e uma menina que tem saúde 100%, (pai – ec4 – vd3)</p> <p>Esperta de mais, eu acho que essa menina não demora muito tempo para começar a falar, ela já dá umas conversada com 4 meses mesmo... (pai – ec4 – vd3)</p> <p>Mas ela evoluiu muito tanto de tamanho ela e muito esperta, “espoletinha” ... Na cama ela já vira de lado, (pai – ec5 – vd3)</p> <p>Ela está se mexendo mais tentando levantar, firma o pescocinho, presta mais atenção no que a gente fala. (mãe – ec5 – vd3)</p> <p>Converso bastante, deixo ela sentada, no banho ela já fica sentadinha, as vezes ela bate na água, está bem espertinha. As vezes faço massagem no corpinho dela ela fica faceira. (mãe – ec6 – vd3)</p> <p>Quando ela chegou ela mais dormia, agora não dá pra tirar o olho dela que quer brincar, e se não dá bola pra ela, ela grita até dar atenção pra ela. (mãe – ec7 – vd3)</p> <p>Agora ela já está parando sentadinha, coloco assim almofada do lado dela, mas ela fica</p>
--------	-------------	---

			<p><i>sozinha(mãe – ec8 – vd3)</i></p> <p>Mudou que ele agora faz mais coisas, pega tudo que coloca na frente, puxa, quer conversar com a gente, fica mais acordado... (mãe – ec9 – vd3)</p> <p>Na verdade a hérnia e para ser no umbigo agora não sei se ficou com duas ou e a mesma que desceu(mãe – ec1 – vd3)</p> <p>Não sei se ela não olha direito na gente por conta do exame que ela fez deu reflexo branco o médico falou, ela não consegue olhar bem no olho, mas o resto está indo tudo bem com ela. (mãe – ec6 – vd3)</p> <p>No dia 11 de fevereiro, o exame fundo de olho diagnosticou a criança com retinopatia da prematuridade (rop) (notas metodológicas - ec6 – vd3)</p>
Necessidade de limites, organizações e expectativas	Implicações por ser prematuro		<p>Eu tinha, um medo cuidava dela “meu deus” agora cuido também, quando ela era mais pequenininha dava mais medo(mãe – ec3 – vd3)</p> <p>Eu achei mais difícil porque tem que ter um cuidado mais em dobro, mas que o outro quando era bebezinho. (mãe – ec3 – vd3)</p> <p>Em casa que tem q ter um cuidado redobrado pra eles não pegarem nada, (mãe – ec7 – vd3)</p> <p>Diz que quem nasce de 6 meses e muito difícil uma criança vive, nos ouvia comentários então a gente sempre fica com medo, e hoje a gente vê que não, é possível. (tia – ec1 – vd3).</p> <p>Ele [irmão] já nasceu maior, ele era prematuro também, mas nasceu com 2 kg e pouco, ele já foi mais fácil de cuidar eu dava banho nele era mais grandinho, e ela já não dava banho (mãe – ec3 – vd3)</p> <p>Eu já tinha passado por isso, meu filho também foi prematuro e eu só lembrava disso, que ele está bem e ela também ia ficar... No começo foi um choque, você pensa, denovo isso acontece comigo (mãe – ec7 – vd3)</p> <p>Eu já tinha ouvido falar, em prematuro em entrevista, reportagem, essas coisas, mas nunca passou pela minha cabeça que um dia eu ia passar por isso(mãe – ec9 – vd3)</p>

Processo	Necessidade de relacionamentos sustentadores e contínuos	Importância da família	<p>Nós temos uma família que apoia bastante, e aqui mesmo em casa um da força para o outro. (mãe – ec5 – vd3)</p> <p>Graças a deus tive minhas irmãs e tudo não me preocupeí elas me deram tudo, me ajudaram muito(mãe – ec1 – vd3)</p> <p>Meu marido e as avós, nossa, elas sempre estão aqui, todo dia... Ficamos mais nós com a família mesmo (mãe – ec7 – vd3)</p> <p>Minha família, eu ficava lá no hospital, posava lá a semana inteira, eles ligavam e acalmavam... Aqui de casa ela é o xodó.. (mãe – ec8 – vd3)</p> <p>Eu principalmente nunca vi na vida, eu não sei se ele sente meu cheiro se ele sabe que e eu não sei só sei que eu chego perto dele ele começa a fazer denço(mãe – ec1 – vd3)</p> <p>Quando ela sorri pra mim quando quer conversar mesmo eu não entendendo nada mas isso me deixa feliz e eu respondo pra ela.. (mãe – ec8 – vd3)</p> <p>A irma pega ela e faz um carinho no rostinho ela dá risada faz cócegas na barriga ela dá risada. (mãe – ec5 – vd3)</p> <p>Ela gosta muito dele [pai] ...ela dá risada para ele conversa com ele gosta que de atenção para ela. (mãe – ec3 – vd3)</p> <p>Mais importante meu marido ele estava sempre junto. (mãe – ec3 – vd3)</p> <p>No começo o pai dela estava aqui, me ajudava a cuidar dela, mas depois ele foi se distanciando, se distanciando, até que resolvi voltar pra casa dos pai dele... Acho que ela sente falta, meu pai brinca com ela, entrete, mas não é a mesma coisa, acho que lá na frente vai fazer falta, (mãe – ec8 – vd3)</p> <p>No dia do encerramento do caso, a mãe relatou que havia se separado há cerca de três semanas (nota metodológica – ec8 – vd3)</p> <p>O pai sumiu e nunca mais apareceu, então ficamos só nós (mãe – ec9 – vd3)</p> <p>Desde o início do estudo de caso até o dia do encerramento, o pai não havia procurado, registrado nem conhecido o filho (nota metodológica – ec9 – vd3)</p> <p>Olha só o que vai acontecer quando acharam ele, o piã tem 5 meses, o dia que achar vão pedir para fazer o exame de dna não sei mais quantos meses para ele se manifestar, quando o ele vai ganhar ajuda do pai dele quando estiver com 5 anos se achar o pai dele (mãe – ec1 – vd3)</p> <p>Desde o início do estudo de caso até o dia do encerramento, o pai não havia procurado, registrado nem conhecido o filho, mãe entrou com pedido na justiça para reconhecimento de paternidade, mas a justiça não havia conseguido localizá-lo (nota metodológica - ec1 – vd3)</p>
----------	--	------------------------	--

		<p><i>A única coisa que eu tenho e medo é de se afogar alguma coisa assim(mãe – ec1 – vd3)</i> <i>Tinha medo que ela não reagisse bem... Eu ainda tenho esse medo, mas é menos. (mãe – ec3 – vd3)</i></p> <p><i>Tenho medo dela ficar engripada alguma coisa e voltar lá de novo, (mãe – ec3 – vd3)</i> <i>Meu marido eu tinha medo porque ela era muito pequeninha(mãe – ec3 – vd3)</i> <i>Nem dormi eu não dormia de medo para cuidar bem dela (mãe – ec5 – vd3)</i> <i>Tudo só foi melhorando, no começo foi aquele susto, desespero, medo de perder ela, de não saber o que estava acontecendo(mãe – ec8 – vd3)</i> <i>[os exames] deu tudo bom e ela não ficou com nenhuma seqüela, eu tinha muito medo disso, mas com ela deu tudo bom sempre. (mãe – ec8 – vd3)</i> <i>Só no começo mesmo, o medo que dava... (mãe – ec9 – vd3)</i></p>
	<p>Adaptação domiciliar</p>	<p><i>Chacoalhinho, que nem eu estava falando para a medica ele pega mas não tem firmeza na mão para segurar os brinquedos, (mãe – ec1 – vd3)</i> <i>Cuido bem dele, brinco, tento dar brinquedo pra ele, chamo ele e ele fica fazendo força assim pra levantar. (mãe – ec2 – vd3)</i> <i>Ele gosta de bagunça...brinquedo ele pega qualquer coisa e coloca na boca, mas não tem nenhum preferido... (mãe – ec2 – vd3)</i> <i>Tem a naninha dela que a gente coloca essa noite ela estava dormindo abraçada. (mãe – ec5 – vd3)</i></p> <p><i>A gente cuida bem certinho dela, brinca, canta, bate palminha(mãe – ec7 – vd3)</i> <i>O cobertor dela, não dorme sem o cobertor... (mãe – ec7 – vd3)</i> <i>Não tem nenhum brinquedo que ela goste, ela põe tudo na boca, a pomada, chave, o que deixar que ela alcance com a mão ela pega e põe pra boca (mãe – ec8 – vd3)</i> <i>Eu mexo bastante com ele, me escondo e chamo ele, dou os brinquedinho pra ele ir pegando, ele tenta bater palminha(mãe – ec9 – vd3)</i> <i>De esconder e ele gosta de procurar, ele é bem curioso, fica procurando... (mãe – ec9 – vd3)</i></p>
	<p>Interação com brinquedos, objetos, brincadeiras</p>	

Contexto	Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural	Práticas de cuidado da utin ao domicílio	<p>Ele e bem diferente a gente dá mais atenção, uma que ele nasceu prematuro então a gente dá mais atenção a gente tem mais medo não vamos deixar chorar, (tia – ec1 – vd3)</p> <p>Fica com aquilo na cabeça àqueles barulho de uti, imagine ela todo dia, e agora a gente vai compensando (avó – ec1 – vd3)</p> <p>Ela estava no hospital não podia pegar ela e agora na casa a gente pode(mãe – ec6 – vd3)</p> <p>Em casa foi muito bom, porque daí você consegue ver ela, ver o que está acontecendo o tempo todo, no começo eu não tirava o olho dela, mais aí a gente vai se acostumando, vai relaxando... (mãe – ec7 – vd3)</p> <p>Ver ela todo dia, crescendo, grama por grama, lutando, foi uma guerreira... (mãe – ec8 – vd3)</p> <p>O que nos mais damos valor estar na casa mesmo, as pessoas que não passaram no hospital, chegam na casa e reclamam do filho, e agora com a nenê na casa meu deus, só a gente sabe (mãe – ec6 – vd3)</p> <p>Eu vivo em função dele, fico o dia inteiro atrás dele, (mãe – ec1 – vd3)</p>
		Importância e influência da religiosidade	<p>Eu acho muita benção de deus ele e muito abençoado ele venceu esse foi um milagre (avó – ec1 – vd3)</p> <p>Graças a deus só foi melhorando...deus acima de tudo, e ter fê que ele ia sair dessa, (mãe – ec2 – vd3)</p> <p>Primeiro lugar foi deus, sabia que ia dar tudo certo. (mãe – ec3 – vd3)</p> <p>Cada dia eu agradeço mais a deus por toda evolução dela(mãe – ec5 – vd3)</p> <p>A mãe dela falou vocês tem que ter calma entregar nas mãos de deus, a gente teve muita fê. (pai – ec5 – vd3)</p> <p>Depois na casa e as oração que ela recebeu a igreja no caso muita oração acho que foi isso que ajudou ela vir para casa. (mãe – ec5 – vd3)</p> <p>Meu milagre divino (mãe – ec8 – vd3)</p>
		Rede de assistência a saúde	<p>Toda semana tem pra fazer exame ou consulta. (mãe – ec1 – vd3)</p> <p>Não é difícil marcar os exames, o problema é que são muitos, eu acho que alguns exames demora demais para fazer. (mãe – ec1 – vd3)</p> <p>A cirurgia está complicada eu estou preocupada porque cada vez está ficando mais grande(mãe – ec1 – vd3)</p> <p>Cisgap e os convênio que nós temos (mãe – ec3 – vd3)</p> <p>A empresa do pai, paga plano de saúde particular, o qual é usado rotineiramente pela família que não deixa de realizar o acompanhamento pelo sistema público de saúde por considerar bom</p>

			<p><i>o atendimento recebido (nota metodológica – ec3 – vd3)</i></p> <p><i>Todo exame que ela foi fazer, está tudo feito, tudo resolvido “graças a deus”, tudo certinho, 100% (pai – ec4 – vd3)</i></p> <p><i>No posto do xarquinho pra pesar e no cispag com o pediatra e os especialistas. Mas quase nem precisa mais, ela está tudo bem. (mãe – ec4 – vd3)</i></p> <p><i>Primeira coisa que foi essencial, acho que foi ela ter a plano de saúde, que o plano ajudou muito (mãe – ec5 – vd3)</i></p> <p><i>Foi mais no cispag mesmo que prestaram mais atenção tudo cuidaram mais direitinho dela. (mãe – ec6 – vd3)</i></p> <p><i>As consultas lá no cispag, os exames, tudo que eles pediam eu ia, levava, (mãe – ec8 – vd3)</i></p> <p><i>Desde a utin até as meninas que pesam ali no postinho, cada um faz uma coisa, mas pra nós é um a mais, um cuidado que faz com ele esteja bem e sadio. (mãe – ec9 – vd3)</i></p>
	Apoio e preocupação em relação ao trabalho		<p><i>Não e só esses 5 meses que estou parada eu estou parada a 1 ano, a minha gravidez foi de risco eu não pude mais trabalhar desde do primeiro mês da gravidez(mãe – ec1 – vd3)</i></p> <p><i>Como eu voltei a trabalhar, quando eu chego em casa, não consigo fazer mais nada, ele só quer ficar comigo... (mãe – ec2 – vd3)</i></p> <p><i>Eu consegui fazer o horário intermediário...minha mãe vêm aqui pra ficar com ele até meu marido chegar, e depois que eu chego eu dou banho e cuido... Ficou complicado depender assim dos outros, mas até agora foi a melhor solução (mãe – ec2 – vd3)</i></p> <p><i>Estava querendo trabalhar mais ainda e muito cedo para deixar ela...vou esperar um pouco, queria pôr na creche mas pensei melhor deixar pra depois(mãe – ec6 – vd3)</i></p> <p><i>Eu ainda tinha uns troquinho pego salario maternidade pego a pensão da outra filha as vezes para comprar fralda para o piá e vou fazer o que não tem o que fazer... Eles precisam de roupa de remédio sempre está precisando de alguma coisinha((mãe – ec1 – vd3)</i></p> <p><i>Deu para perceber que ele desenvolveu bem mais, cresceu engordou, porque acho que ele estava dormindo mais, daí engorda (mãe – ec1 – vd3)</i></p> <p><i>Acorda só de manhã para eu dar mama para ela daí dou mama para ela dormir, dorme a noite inteira (mãe – ec3 – vd3)</i></p> <p><i>Que nem os enfermeiros lá no hospital falam que criança prematura tem imunidade mais baixa ai eu tenho medo eu cuido... Eu faço assim de noite quase não saio tomar vento, sereno. (mãe – ec3 – vd3)</i></p> <p><i>Gente esterilizava tudo com dlcool e tipo depois a gente foi eliminando aos pouco para ela criar uma resistência também. (mãe – ec5 – vd3)</i></p> <p><i>Foi bastante cuidado acho que foi isso, não deixar ela ficar exposta no meio de gente o cuidado(mãe – ec5 – vd3)</i></p> <p><i>Porque não tem imunidade como os outros. (mãe – ec7 – vd3)</i></p>
Necessidade de proteção física, segurança e regulamentação	Preocupação em relação à imunidade e importância do sono e repouso		

Tempo	Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento	Evolução capacidade de cuidar da família conforme progresso do prematuro	<p><i>Dificuldade em cuidar só antes era porque ela era pequena, agora não. Ela é quietinha. (mãe – ec4 – vd3)</i></p> <p><i>No início não foi fácil os cuidados todo mundo falava, agora estou craque (pai – ec5 – vd3)</i></p> <p><i>Ficou tudo mais fácil, o mais difícil acho que foi cuidar dela por ser muito miudinha medo de não estar fazendo as coisas direito, mas o restante foi fácil, estava perto dos outros(mãe – ec5 – vd3)</i></p> <p><i>Quem conhece ela hoje não imagina que ela e prematura e que ela ficou 30 dias na uti tudo que ela passou, (mãe – ec5 – vd3)</i></p> <p><i>Foi uma fase difícil, mas passou. (mãe – ec2 – vd3)</i></p> <p><i>A gente só vê a realidade mesmo quando a gente passa, no começo é sofrido, mas depois gente fica firme por eles (mãe – ec9 – vd3)</i></p> <p><i>Passou pelo que passou mas agora ela está que nem se nada tivesse acontecido, ela se superou. (mãe – ec7 – vd3)</i></p> <p><i>Hoje eu converso com ela e falo que ela me ensinou muito desde que chegou no mundo. (mãe – ec8 – vd3)</i></p> <p><i>Agora está tudo bem, mas firminho desde o banho tudo está mais gostoso, não estou achando dificuldade (mãe – ec1 – vd3)</i></p> <p><i>Esses dias eu estava passeando com ela e as pessoas perguntavam “nossa quantos dias ela tem” eu falei 120, nossa 4 meses(pai – ec4 – vd3)</i></p> <p><i>Agora e nítido o tamanho que ela está dá para perceber nas roupas nos braços nas pernas, a quantia que ela evoluiu tanto que esses dias atrás ela estava no colo da vera falei você viu o tamanho que esta essa menina, (pai – ec5 – vd3)</i></p> <p><i>Quando ela nasceu tinha 1770, bem miudinha, hoje quem vê ela não diz que ela nasceu prematura, está crescendo bem. (mãe – ec7 – vd3)</i></p> <p><i>Cada dia melhor, você viu como que ela mais gordinha? Cada dia mais esperta, é uma vitória. (mãe – ec8 – vd3)</i></p> <p><i>O que mais mudou pra mim foi o cabelo, coitadinha, quando veio pra casa estava meio que tudo raspado pra pegarem a veinha dela, agora já está crescendo e cobrindo essa parte que ficou.... (mãe – ec8 – vd3)</i></p> <p><i>Tava vendo umas fotos no celular esses dias, o tamanhinho que ela chegou na casa pra em vista do que ela está hoje, (mãe – ec8– vd3)</i></p> <p><i>Sempre estava de olho fechado lá na utin, hoje não, ele está grande, a perna ta até gordinha e ele olha bem firme e fica parece que tentando falar... (mãe – ec9 – vd3)</i></p> <p><i>Mudou tudo a vida da gente que nem eu tinha minha casinha, agora estou morando com a mãe tudo mudou, (mãe – ec1 – vd3)</i></p>
-------	--	--	---

				<p>Muita diferença, ele mudou tudo...muito melhor agora. (mãe – ec2 – vd3)</p> <p>Mudou muita coisa eu fumava gostava de beber... Vou fazer tudo certo(mãe – ec4 – vd3)</p> <p>Minha filha me mudou muito eu acredito que uma criança muda a vida da gente. (mãe – ec4 – vd3)</p> <p>Rotina muda, eu durmo muito pouco durante a noite ela mama e faz ela arrotar e mesmo(mãe – ec5 – vd3)</p> <p>Eu acho que fiquei mais calma. Às vezes me estresso mas já passa não e aquele estresse e pouco. (mãe – ec6 – vd3)</p> <p>Antes a gente tinha bastante amigo que vinham aqui em casa... Mas depois que ela nasceu, ficou no hospital, nossa sumiu todo mundo...ficamos mais família com ela aqui... (mãe – ec7 – vd3)</p> <p>Tudo, agora é tudo pra ela... Ela brinca e da risada pro pai e pra mãe e eles ficam que é só felicidade, ela trouxe alegria pra casa. (mãe – ec8 – vd3)</p> <p>Ficou tudo mais alegre, ele é primeiro neto da minha mãe, e somos só em mulher na casa, então ele veio no meio dessa mulherada e o primeiro neto só pra dar alegria. (mãe – ec9 – vd3)</p>
--	--	--	--	---

		<p><i>Ontem mesmo estava olhando o vídeo dele quando chegamos em casa e demos banho nele, quase chorei(mãe – ec1 – vd3)</i></p> <p><i>Veio todo aquele filme na cabeça de acontecer alguma coisa com ele mas eu chorei de felicidade, ver que ele estava em casa bem, foi um choro de felicidade (tia – ec1 – vd3)</i></p> <p><i>Eu olho para trás e lembro do que ele passou, tão pequenininho quando nasceu...foram 60 dias de utin, (mãe – ec2 – vd3)</i></p> <p><i>Foi uma alegria, eu fiquei alegre tinha medo de ela não aguentar, muitas vezes lá no hospital eu chorava de medo mas ...é complicado falar, na verdade eu achei que ia nascer uma menina de 4 quilos e pouco...mas o dia que eu vi ela nasceu com 1.300 e depois ainda perdeu e ficou com 1 quilo e 100 eu achei que ia perder minha filha, (pai – ec4 – vd3)</i></p> <p><i>Primeiro dia ela estranhava a casa chorava de noite, se acordava chorando tinha bastante cólica mais agora e tranquilo. (mãe – ec3 – vd3)</i></p> <p><i>Quando cheguei na casa com ela foi uma felicidade imensa, eles foram tudo nisso que a gente passou(mãe – ec8 – vd3)</i></p> <p><i>Nós estamos curtindo muito ele, não vejo a hora de ele começar a fugir lá para casa é pertinho, (tia – ec1 – vd3)</i></p> <p><i>Quero colocar ele numa escolinha melhor e trabalhar de dia, pra aproveitar melhor ele (mãe – ec2 – vd3)</i></p> <p><i>O fato de nos irmos embora é uma opção minha pensando nela (pai – ec4 – vd3)</i></p> <p><i>Meus planos por enquanto e dar o melhor para ela, meu planos é para ela não sei o que vai acontecer. (mãe – ec4 – vd3)</i></p> <p><i>Levar ela para aparecerida, isso a gente quer fazer ainda e único plano que a gente fez. (mãe – ec5 – vd3)</i></p> <p><i>Eu fico aqui só imaginando quando ela crescer vou encher de doce, vou levar passear por tudo, vou levar no mercadinho comigo mesmo que a avó brigue, (mãe – ec8 – vd3)</i></p> <p><i>Já imagino ela andando por toda a casa falando com a gente cantando baby shark comigo. (mãe – ec8 – vd3)</i></p>

Ressignificando a
vivência a cerca da
prematuidade

ANEXOS

ANEXO A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CENTRO OESTE - UNICENTRO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUENCIA DO CONTEXTO PARA DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS À LUZ DO MODELO BIOECOLÓGICO

Pesquisador: Larissa Gramazio Soares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62534816.0.0000.0106

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

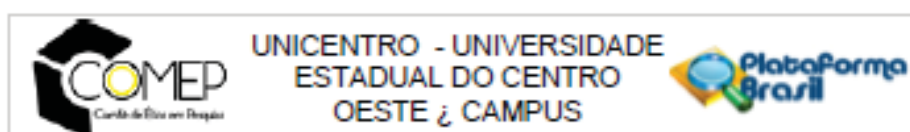
Número do Parecer: 1.864.048

Apresentação do Projeto:

Trata-se da apreciação do projeto de pesquisa intitulado INFLUENCIA DO CONTEXTO PARA DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS À LUZ DO MODELO BIOECOLÓGICO, de Interesse e responsabilidade do(a) proponente Larissa Gramazio Soares, para a pesquisa de Doutorado da mesma, no programa de Doutorado em Enfermagem na UFPR.

Será realizada pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa, do tipo estudo de casos múltiplos a qual será embasada no referencial proposto por Bronfenbrenner. A pesquisa será desenvolvida na município de Guarapuava, devido experiência prévia da pesquisadora, além da ausência de serviços de follow up para crianças nascidas prematuras. Mais especificamente, os contextos de pesquisa serão: a unidade de terapia Intensiva neonatal do Hospital São Vicente de Paulo, por ser o local em que foram prestados os cuidados iniciais à vida e o domicílio, pois é onde a criança recebe os cuidados básicos pela família e onde os processos proximais se estabelecem. Tendo em vistas a Teoria Bioecológica, os participantes desta pesquisa serão todos aqueles envolvidos nos contextos ecológicos do desenvolvimento infantil, a pesquisa terá início no momento da internação na UTIN e encerrará quando a criança completar um ano de idade

Endereço: Rua Símeão Camargo Varela de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3620-8177 **Fax:** (42)3620-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: TRANSIÇÃO ECOLÓGICA DE FAMÍLIAS COMPOSTAS POR CRIANÇAS PREMATURAS EGRESSAS DE UTIN COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO

Pesquisador: Larissa Gramazio Soares

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 62534816.0.0000.0106

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.612.165

Apresentação do Projeto:

Trata-se da apreciação de EMENDA ao projeto de pesquisa intitulado TRANSIÇÃO ECOLÓGICA DE FAMÍLIAS COMPOSTAS POR CRIANÇAS PREMATURAS EGRESSAS DE UTIN COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL, de interesse e responsabilidade da proponente Larissa Gramazio Soares. A pesquisa está sendo desenvolvida na município de Guarapuava, devido experiência prévia da pesquisadora, além da ausência de serviços de follow up para crianças nascidas prematuras. A proponente solicita a inclusão de mais um local para coleta de dados, o Instituto Virmond (Hospital Santa Tereza).

Objetivo da Pesquisa:

Descrever transição ecológica de famílias compostas por crianças prematuras egressas de UTIN com vistas ao desenvolvimento infantil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

N/A

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proponente solicita a inclusão de mais um local para coleta de dados, o Instituto Virmond (Hospital Santa Tereza), por haver necessidade de captação de um maior número de participantes,

Endereço: Avenida Élio Antonio Della Vecchia, nº 836 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de
Biotro: Vila Carl CEP: 85.040-167
UF: PR Município: GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 Fax: (42)3629-8100 E-mail: comep@unicentro.br



UNICENTRO - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CENTRO
OESTE & CAMPUS



Continuação do Parecer: 3.612.195

Cronograma	CRONOGRAMAMODIFICADO.pdf	10/09/2019 17:40:34	Larissa Gramazio Soares	Aceito
Outros	CHECKLISTMODIFICADO.pdf	10/09/2019 17:31:55	Larissa Gramazio Soares	Aceito
Outros	CHECKLIST.pdf	10/09/2019 17:31:22	Larissa Gramazio Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMODIFICADO.docx	10/09/2019 17:31:07	Larissa Gramazio Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/09/2019 17:30:35	Larissa Gramazio Soares	Aceito
Outros	apresentacaomendaprojeto.pdf	25/08/2019 19:05:23	Larissa Gramazio Soares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto.docx	13/08/2019 17:11:23	Larissa Gramazio Soares	Aceito
Outros	anuenciavimond.pdf	13/08/2019 17:10:14	Larissa Gramazio Soares	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	09/11/2016 21:02:02	Larissa Gramazio Soares	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	09/11/2016 20:57:08	Larissa Gramazio Soares	Aceito
Outros	FAMILIA.pdf	09/11/2016 20:53:58	Larissa Gramazio Soares	Aceito
Outros	prontuario.pdf	09/11/2016 20:53:29	Larissa Gramazio Soares	Aceito
Outros	anuencia.pdf	09/11/2016 20:51:00	Larissa Gramazio Soares	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GUARAPUAVA, 01 de Outubro de 2019

Assinado por:
Gonzalo Ogilari Dal Forno
(Coordenador(a))

Endereço: Alameda São Antonio Della Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de
Biotecnia - Vila Ceril CEP: 85.040-167
UF: PR Município: GUARAPUAVA
Telefones: (42)3529-8177 Fax: (42)3529-8100 E-mail: comep@unicentro.br